Rok XL. Kraków, 30 Listopada 1901. **Nr 48.**

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Prof. Dra Marsa.

O opatrywaniu pępowiny według Martina w stosunku do innych sposobów polecanych.

Napisał

Dr. Kazimierz Bocheński

asystent kliniki.

W lutym 1900 roku demonstrował Martin w berlińskiem Towarzystwie ginekologicznem nowy sposób opatrywania pępowiny u noworodków, polegający na tem, że bezpośrednio po porodzie podwiązuje się pępowinę prowizorycznie, a następnie po wykąpaniu i obsuszeniu noworodka układa się naokoło pępowiny na brzuszku płodu wilgotny, wyjałowiony kompres z gazy, poczem wyjałowioną nitką jedwabną podwiązuje się ostatecznie pępowinę na granicy pierścienia skórnego i przepala się ją rozżarzonemi nożyczkami 1—$1\frac{1}{2}$ ctm. powyżej miejsca podwiązania.

Sposób ten, wypróbowany na 30 noworodkach, ogłosił następnie Martin w 8-ym numerze 1900 r. *Berliner klinische Wochenschrift* (1), a wkrótce po nim asystent jego, Dr. A. Rieck, ogłosił z kliniki Martina w 5-ym zeszycie *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie* (2) ogółem 52 przypadków, w których wyżej opisanym sposobem opatrywano pępowinę i podał krytyczne uwagi nad tym sposobem.

W celu wypróbowania tego sposobu, zachęcony przez prof. Marsa, przeprowadziłem doświadczenia na 50 noworodkach w lwowskiej klinice położniczej.

Dla łatwiejszego przeglądu zebrałem swe doświadczenia w szematyczną tablicę, zupełnie odpowiadającą tej, jaką się przy swych spostrzeżeniach posługiwał Rieck. Szemat ten przedstawia wszystkie fazy od chwili podwiązania pępowiny, aż do chwili zupełnego zagojenia rany pępkowej po odpadnięciu pępowiny, a nadto pozwala mi porównać wyniki mych doświadczeń z wynikami Riecka i przez to nie narazi mnie na zarzut, jakobym sposobu, przez Martina podanego, nie trzymał się wiernie, jak to się przydarzyło (słusznie zresztą) Ballinowi ze strony Riecka (3). Ballin bowiem nietylko że po podwiązaniu i przepaleniu pępowiny zasypywał pozostały kikut proszkiem salicylowym, lecz nadto, wypuszczając położnicę 7-go dnia po porodzie, nie mógł dokładnie obserwować całej sprawy gojenia się, która czasem przedłużała się nawet do dnia 13-go (patrz tablicę), a nawet do dnia 18-go, jak to widać ze spostrzeżeń Riecka.

Dlatego też, chcąc badać sprawę gojenia się rany pępkowej po odpadnięciu pępowiny aż do końca, nie wypuszczałem położnic z kliniki nigdy wcześniej jak 3-go lub 4-go dnia po zupełnem zagojeniu się rany pępkowej.

Wynik mej pracy jest następujący:

Liczba porządkowa, nazwisko, dzień porodu	Zupełne zaschnięcie kikuta dnia	Strup w płaszczyźnie skóry dnia	Kikut na odpadnięciu, co poznać można przez wystąpienie wydzieliny dnia	Kikut odpadł dnia	Rana pępkowa jeszcze widoczna dnia	Rany pępkowej nawet w głębi nie widać dnia	Zupełne zagojenie rany pępkowej — brak zupełny wydzieliny dnia	Żółtaczka	Uwaga
1 C. $^{25}/_{4}$ 1901.	1	1	2	6	7	8	9		Naokolo pierścienia skórnego zaczerwienienie szerokości 1 mm.
2. J. $^{26}/_{4}$ „	1	2	1	6	6	7	7		
3. Z. $^{26}/_{4}$ „	1	1	1	4	6	11	13		„
4. D. $^{27}/_{4}$ „	2	3	6	8	8	9	12	I	Płód niedonoszony IX m.
5. S. $^{28}/_{4}$ „	2	2	3	4	6	7	7		
6 F. $^{29}/_{4}$ „	1	1	1	3	3	4	4		
7. M $^{29}/_{4}$ „	1	1	2	4	4	4	5		
8. D. $^{29}/_{4}$ „	2	2	2	6	7	8	8		
9. K. $^{1}/_{5}$ „	2	2	2	5	6	7	10		
10. Sz. $^{1}/_{5}$ „	1	2	2	3	3	6	8	I	Naokoło pierścienia skórnego zaczerwienienie szerokości $1\frac{1}{2}$ mm.
11. P. $^{1}/_{5}$ „	1	2	2	3	3	4	9		
12. J. $^{1}/_{5}$ „	1	2	2	5	12	13	13		
13 F. $^{2}/_{5}$ „	2	2	3	4	5	6	10	I	
14. Z. $^{2}/_{5}$ „	1	1	2	4	5	6	12		
15. P. bliźniaki starszy $^{6}/_{5}$ 1901	2	2	3	4	7	8	13		
16 młodszy	1	1	3	5	5	6	13		
17. P. $^{6}/_{5}$ 1901.	1	2	3	5	7	8	9		
18. W. $^{6}/_{5}$ „	1	1	2	4	5	6	11		
19. K $^{6}/_{5}$ „	2	2	2	3	7	8	10		
20. Sz. $^{6}/_{5}$ „	2	2	2	4	7	8	10		
21. K $^{6}/_{5}$ „	2	2	2	3	5	6	8		
22. R. $^{7}/_{5}$ „	2	2	2	3	10	11	11		
23. K. $^{7}/_{5}$ „	2	2	2	3	5	7	11		
24. K. $^{9}/_{5}$ „	1	1	1	2	4	5	10		
25. M. $^{9}/_{5}$ „	1	2	4	8	9	10	11		
26. S. $^{10}/_{5}$ „	2	2	2	4	4	6	7		
27. B. $^{10}/_{5}$ „	2	2	2	5	5	5	6		
28 C. $^{11}/_{5}$ „	1	1	1	3	4	5	9		Wydzielina obfitsza niż w innych przypadkach
29. Z. $^{14}/_{5}$ „	1	1	2	4	10	11	11		
30. S. $^{14}/_{5}$ „	2	2	2	4	4	5	7		
31. S. $^{14}/_{5}$ „	1	1	2	4	4	5	10		
32. M $^{14}/_{5}$ „	1	1	1	3	4	5	7		
33. J. $^{14}/_{5}$ „	1	1	2	3	4	5	6		
34. W. $^{15}/_{5}$ „	2	2	2	3	3	4	10		
35. Ż $^{15}/_{5}$ „	1	1	3	4	5	6	10		
36. J. $^{16}/_{5}$ „	1	1	2	3	4	5	8		Przy podwiązaniu nitka jedwabna przecięła b. grubą pępowinę. Powtórne przypalenie bez podwiązania. Dziecko nie kąpane.
37. D. $^{17}/_{5}$ „	1	1	2	4	7	7	8		
38 J. $^{20}/_{5}$ „	1	1	2	3	3	4	6		
39. K $^{21}/_{5}$ „	1	1	2	4	4	5	6		
40. B. $^{21}/_{5}$ „	1	1	1	3	3	3	5		
41. M. $^{21}/_{5}$ „	1	2	2	8	9	9	10	I	
42. B $^{22}/_{5}$ „	3	3	3	5	7	8	9		
43. S. $^{22}/_{5}$ „	2	1	3	4	4	5	6		Naokoło pierścienia skórnego zaczerwienienie szerokości 1 mm.
44. W. $^{23}/_{5}$ „	1	2	2	3	3	4	5		
45. P. $^{24}/_{5}$ „	1	1	1	3	7	8	11		
46. B. $^{26}/_{5}$ „	1	1	1	4	4	4	7	I	
47. K. $^{26}/_{5}$ „	1	1	2	5	6	7	9	I	
48. W. $^{26}/_{5}$ „	1	2	2	5	5	6	9		
49. R. $^{27}/_{5}$ „	1	1	1	4	8	9	11		
50. C. $^{27}/_{5}$ „	2	2	2	5	7	8	11		
Przeciętnie .	1·42	1 58	2 08	4.18	5 62	6·64	8·96		

Przeglądając nasz materyał, możemy zaznaczyć, że zupełne uschnięcie kikuta nastąpiło po 24 godzinach, t. j. 1-go dnia po podwiązaniu, — na 50 przypadków — 30 razy;

2-go dnia — 19 razy i jeden raz dnia 3-go, a więc prawie taksamo, jak i w przypadkach, spostrzeganych przez Riecka.

W 23 przypadkach można było już w tym czasie zauważyć zaciąganie się i skurczenie pozostałego krótkiego kikuta pępowinowego w ten sposób, że strup leżał w płaszczyźnie otaczającej go skóry; najczęściej, bo w 25 przypadkach, działo się to dopiero dnia następnego, a 2 razy wreszcie dnia 3-go po podwiązaniu, — nigdy zaś później.

Sprawa odpadnięcia kikuta rozpoczynała się w głębi i zaznaczała się pojawieniem się skąpej wydzieliny, powodującej często przylepianie się ułożonego na kikucie gazika; gazika tego nigdy nie odrywano, lecz odpadał sam zwykle w kąpieli, lub też, gdy nie odpadł, pozostawał aż do chwili odpadnięcia pępowiny. Sama pępowina w tym czasie wyglądała jako krótki, żółto zabarwiony, zmartwiały kikut.

Wspomniana wydzielina na kikucie pojawiła się już 1-go dnia w 10-ciu przypadkach, najczęściej, bo w 30-tu przypadkach — dnia 2-go 8 razy — dnia 3-go, raz dnia 4-go i raz — dopiero dnia 6-go; przeciętnie więc już po upływie 2 dni, a więc o kilkanaście godzin wcześniej, niż w przypadkach Riecka.

Sam kikut odpadał najczęściej w kąpieli i to raz dnia 2-go, 16 razy 3-go, 18 razy dnia 4-go, 9 razy dnia 5-go, 3 razy dnia 6-go; 3 razy dnia 8-go; a więc już do dnia 5-go w 44-ech przypadkach na 50 odpadł kikut pępowiny; u Riecka zaś miało to miejsce w 39 przypadkach na 52.

Czas od chwili wystąpienia wydzieliny aż do chwili odpadnięcia kikuta wynosił więc zatem, jak widać z tablicy, przeciętnie $1^1/_2$ dnia, najdłużej zaś, w kilku zaledwo przypadkach, 4 dni.

Płaszczyzna ranna po odpadnięciu przedstawiała się zwykle wielkości główki od szpilki, była pokryta skąpą, rzadką, ropiastą wydzieliną i przeważnie już w 2 dni po odpadnięciu nie można jej było dopatrzeć; w kilku zaledwie przypadkach utrzymywała się jeszcze 3-go dnia, a wyjątkowo 4-go dnia po odpadnięciu. Za zupełnie wygojone uważałem te przypadki, w których płaszczyzna ranna pokryła się zupełnie przybłonkiem, przez co samo przez się i wydzieliny zupełnie nie było. Tak pojęte wygojenie nastąpiło raz jeden w 4-ym dniu po porodzie, 3 razy — w 5-ym, 5 razy w 6-ym, 6 razy w 7-ym, 5 razy w 8-ym, 7 razy w 9-ym, 9 razy w 10-ym, 8 razy dnia 11-go, 2 razy 12-go i 4 razy dnia 13-go.

Raz tylko (przyp. 29) zauważyłem nieco obfitszą wydzielinę, przyczem jednak rana nie robiła wrażenia nieprawidłowej, brzegi nie były zaczerwienione, ani obrzękłe, ani też naciekłe.

W 3-ech przypadkach natomiast (2-gi, 12-ty i 43-ci) spostrzegać można było na brzegu pierścienia skórnego zaczerwienienie szerokości $^1/_2$—2 mm., którego to objawu jednak nie uważa Rieck (4) za patologiczny. Skóra jednak w okolicy nie okazywała żadnych zmian; nigdy też nie zauważyłem przy tym sposobie postępowania objawów zapalenia skóry, które tak często występują przy innych sposobach opatrywania. Przeważna część autorów podaje, iż blizko u 80% noworodków występuje żółtaczka. W spostrzeganych przezemnie 50 przypadkach wystąpiła żółtaczka tylko 7 razy (t. j. 14%) i to zwykle bardzo lekka, najsilniejsza w przypadku 3-im; Rieck na 52 przypadków spostrzegał żółtaczkę 15 razy (t. j. 15%).

O ile wystąpienie żółtaczki wpływa na przebieg gojenia się, trudno osądzić z tak małej liczby przypadków; zdaje się jednak, że wystąpienie jej opóźnia całą sprawę. Podobne spostrzeżenie zrobił również Rieck. U owych 7 noworodków z objawami żółtaczki odpadła pępowina jeden raz dnia 3-go, 3 razy dnia 4-go, raz dnia 5-go i 2 dnia 8-go. W przypadku moim 3-cim, w którym objawy żółtaczki były bardzo wybitne, odpadła pępowina dopiero dnia 8-go; płód ten był przedwcześnie urodzony, w 9-ym miesiącu księżycowym. Zupełne zagojenie rany pępkowej w owych 7 przypadkach, w których wystąpiła żółtaczka, nastąpiło najwcześniej dopiero dnia 7-go, raz dnia 8-go, raz dnia 9-go, 3 razy dnia 10-go i raz dnia 12-go.

Na podstawie moich 50 przypadków cała sprawa od chwili podwiązania i przepalenia pępowiny aż do zupełnego zagojenia się rany pępkowej przedstawia się z reguły, jak następuje:

W 24 godzin po podwiązaniu i przypaleniu wygląda kikut pępowinowy czarno i sucho, a więc ulega zupełnej mumifikacyi. Wskutek dalszego zasychania i zaciągania się naczyń ku wewnątrz kikut chowa się tak w pierścień skórny, że już 2-go dnia jego powierzchnia górna, pokryta strupem, leży w płaszczyźnie skóry brzuszka płodu. W głębi pierścienia skórnego, a więc w miejscu ochronionem, rozpoczyna się po dwóch dniach sprawa odpadania kikuta, ujawniająca się wystąpieniem skąpej wydzieliny; sam zaś kikut odpada przeciętnie dnia 4-go (16 razy dnia — 3-go, 18 razy — 4-go, 9 razy — 5-go).

Dnia 6—8-go po porodzie zwykle już rany pępkowej nie widać; przez jeden lub dwa dni najdłużej można jeszcze spostrzegać bardzo skąpą, rzadką, białawo-żółtą wydzielinę, poczem wydzielina ta zupełnie znika; rana pępkowa jest całkiem zagojona, pokryta przybłonkiem i przykryta fałdem skóry. Dzieje się to dnia 8-go do 11-go (przeciętnie 8·96). Przy zwykłym sposobie podwiązywania pępowiny, gdzie sie zostawia 4—5 ctm. długi, podwójnie podwiązany kikut, rzadko kiedy odpada pępowina dnia 3-go lub 4-go, zwykle zaś dopiero dnia 7-go lub 8-go, podczas gdy rana sama po odpadnięciu pępowiny bardzo często 14-go dnia po porodzie zupełnie nie jest jeszcze zagojoną. W klinice położniczej lwowskiej, gdzie nadto używaliśmy przedtem dermatolu do zasypywania kikuta i okolicy pępka, przeciętnie odpadała pępowina dnia 6-go lub 7-go (w 290 przypadkach z r. 1899 przeciętny czas odpadnięcia = 6·15 dni, zaś w 288 przypadkach z roku 1900 = 6·59).

Widzimy więc, że w tym kierunku sposób Martina zaznacza się bardzo wyraźnym postępem, przeciętnie bowiem czas odpadnięcia kikuta przypada na dzień 4-ty po porodzie, a nierzadko (bo 16 razy na 50 przypadków) na dzień trzeci (raz nawet dnia 2-go odpadł kikut). Jeżeli nadto zważymy, że przeważnie w 4-tym dniu po odpadnięciu kikuta, t. j. 7-go lub 8-go, czasem 9-go dnia, po porodzie rana pępkowa jest zupełnie zagojona, to przyznać trzeba, że sposób ten zaznacza wyraźny postęp w dążeniu do ideału, jaki nauka oddawna w tym kierunku osiągnąć się stara.

Jakiż czynnik tu działa tak dodatnio, że sposób ten przedstawia większe korzyści, niż inne, dotąd używane?

Jest ich kilka. Przedewszystkiem samo przypalenie odciąga kikutowi wilgoć, przez co sprawa mumifikacyi musi się szybciej odbywać; nadto krótki kikut prędzej ulega uschnię-

ciu, niż długi i mniej jest narażony na urazy, zwłaszcza, że już dnia 2-go prawie nie wystercza ponad brzegi pierścienia skórnego. Wacik, którym kikut po podwiązaniu i przypaleniu się przykrywa, wywiera nań tylko nieznaczny ucisk w kierunku ku wewnątrz; sama zaś sprawa odpadania kikuta odbywa się w miejscu ochronionem i na bardzo małej przestrzeni tak, że pozostała rana po odpadnięciu kikuta jest bardzo mała. Łatwo zaś zrozumieć, że dobrze ochroniona i mała rana posiada wszystkie warunki do szybszego gojenia się.

Nadmienić jeszcze muszę, że do przepalenia (i przypalenia) kikuta, (którą to czynność w przeważnej liczbie przypadków, bo 38 razy, sam wykonywałem, a tylko 12 razy położna kliniczna i to w mej obecności) używałem zawsze żegadła Paquelina, jak to pierwotnie polecił Martin, a nie rozżarzonych nożyczek. O ile nożyczki dadzą się zamiast żegadła Paquelina użyć, nie mogę osądzić, stwierdzić jednak muszę, że często po jednorazowem przepaleniu pępowiny żegadłem Paquelina widać było naczynia na kikucie otwarte, strup sam zaś bardzo cienki, i wątpię bardzo, czy w takim przypadku ów strup zdołałby zapobiedz następowemu krwotokowi z naczyń pępkowych. Dlatego też na tę okoliczność zawsze zwracałem uwagę i w danym przypadku nieraz dwa i trzy razy przypalałem kikut żegadłem Paquelina, dopóki nie stwierdziłem, że naczynia są zupełnie zamknięte i strup, przykrywający kikut, dosyć gruby. Jeśli więc jednorazowe przypalenie Paquelinem nie zdołało zamknąć dostatecznie światła naczyń, to tem mniej, sądzę, zdolne są to uczynić nożyczki rozżarzone, które wnet stygną i trzebaby je w celu powtórnego przypalenia powtórnie rozżarzyć, co znów całą manipulacyę znaczniebу przedłużało i utrudniało. Że zaś Rieck w swych przypadkach nie spostrzegał przy użyciu nożyczek następowego krwawienia z naczyń pępkowych, to jest rzecz naturalna, gdyż podwiązka jedwabna temu zapobiegała. Mnie w moich doświadczeniach szło o istotę rzeczy, tj. o działanie samego przypalenia przez wytworzenie strupa na kikucie, że zaś w żegadle Paquelina miałem środek dzielniej w tym celu działający, niż nożyczki, dlatego nim się posługiwałem.

Nim się jeszcze zastanowię nad stroną praktyczną sposobu tego, podanego przez Martina, chciałbym w kilku słowach wspomnieć o innych sposobach, używanych przy zaopatrywaniu pępowiny u noworodków.

Krótki rzut oka na odpowiednie piśmiennictwo z ostatnich 25 lat przekonuje nas, że nauka dąży ciągle do usunięcia wszystkich szkodliwych wpływów dla dziecka, mających swe źródło w źle zaopatrzonej pępowinie, przedewszystkiem zaś usiłuje uchronić noworodka od możliwego zakażenia, mającego tutaj często swe źródło. To też chętnie chwytamy każdą nowość, zdającą się zapobiegać złemu, pilnie śledzimy rozwój innych gałęzi medycyny i wyzyskujemy każdą zdobycz, obiecującą postęp w tym kierunku. I chociaż postęp ten w dążeniu do ideału wydawał się nieraz nieznaczny, to jednak najmniejszy czynnik dodatni, najmniejsza zmiana na lepsze święciły swe tryumfy, dające się liczbowo w statystyce przedstawić.

Przed 20 laty polecił Dohrn (5) po należytem oczyszczeniu antyseptycznem zawinąć resztę pępowiny w suchą watę karbolową i to wszystko przykryć kawałkiem przylepca w ten sposób, by uniemożliwić dostęp powietrza *(Okklusivverband)*. Równocześnie widzimy ze strony innych autorów żywe zajęcie się sprawą zaopatrywania pępowiny, a w pracy tej spotykamy takich ludzi jak Sänger (6), Runge (7), Paul (8) i wielu innych. Usiłowania takich szermierzy naukowych nie mogły pozostać bez wydania plonu. I tak też rzeczywiście było. To, co wówczas można było osiągnąć, osiągnięto, i wtenczas już nauka w sprawie zaopatrywania pępowiny u noworodków odpowiedziała wysokości swego zadania, kiedy w sprawie tej mogła wypowiedzieć zasadę: „idealna czystość i unikanie wszelkich możliwych szkodliwych czynników“.

I była to zdobycz w tym kierunku nie poślednia, kiedy zważymy, jak znaczny odsetek chorobliwości i śmiertelności noworodków miał swe źródło w źle zaopatrzonej pępowinie. Doktor (9) np. znalazł w praktyce położnych 45% gorączkujących noworodków z powodu zakażenia pępkowego. Lambert (10) na 147 przypadków w 95 stwierdził gorączkę z powodu zakażenia pępkowego, a nawet 5 przypadków śmierci. Według spostrzeżeń Erössa (11) w klinice budapeszteńskiej gorączkowało 43% wszystkich noworodków, z tego 22% niewątpliwie z powodu zakażenia rany pępkowej. W klinice w Halli gorączkowało, według podania Rösinga (12), 21% noworodków, a z tych 6% z powodu niewątpliwego zakażenia rany pępkowej.

Liczby te nie dają nam jednak wcale dokładnego wyobrażenia o częstości zakażenia; zważyć bowiem należy, że pochodzą one z klinik, w których przepisy czystości są ściśle przestrzegane; w każdym jednak razie dowodzą one dostatecznie, jak niebezpieczną dla dziecka stać się może sprawa gojenia się rany pępkowej i że dążenie do ulepszenia w tym kierunku jest nietylko usprawiedliwione, ale i bardzo pożądane, a nawet konieczne. To też z przyjemnością zanotować musimy cały szereg prac w tym kierunku i zalecenie najrozmaitszych pomysłów w celu zapobieżenia zakażeniu ze strony pępowiny i przyspieszenia sprawy zeschnięcia (mumifikacyi) kikuta, jakoteż następowego gojenia się rany pępkowej.

I tak Flagg (13), chirurg amerykański, chcąc zapobiedz zakażeniu ze strony naczyń pępkowych, podwiązywał je podwiązką, a pozostały kikut przykrywał skórą pierścienia skórnego. Podobnie postępował Doktor (14) i w nowszych czasach Gessner (15). Ten ostatni, używając tego sposobu, chciał się przekonać, o ile żółtaczka noworodków ma swe źródło w zakażeniu pępkowem. Dickenson (16) podwiązywał pojedyncze naczynia, okrawał naokoło kikuta krótkiego skórę i zaszywał go w ten sposób. Że tego rodzaju postępowanie nie da się zastosować w praktyce prywatnej, a nawet jest trudne do przeprowadzenia w klinikach, nie trzeba chyba dowodzić.

Przed 5 laty Beandecerf (17) i Bar (18) zastosowali przy zaopatrywaniu pępowiny metodę klemową, zaciskając pępowinę zapomocą *pince à demeure* tuż przy pierścieniu skórnym i pozostawiając tak zaciśniętą klemę przez 24 do 48 godzin. Tę samą myśl widzimy w metodzie, zwanej *omphalotripsią*, stosowanej przez Poraka (19), który używał do tego celu omfalotrybu, mającego działać podobnie jak klema Thummnina. Równocześnie prawie Kussmin (20) postępował w ten sposób, że zakładał nizko na pępowinie pierścień gumowy i przykrywał krótki kikut opatrunkiem gipsowym.

Widzimy więc, jak zwolna starano się tutaj zastosować wszystko, co nauka w innym kierunku, a zwłaszcza operacyjnym, zdobyła i w ten sposób zdobywała uznanie zasada, by przy zaopatrywaniu pępowiny postępować aseptycznie, a kikut o ile możności pozostawiać krótki.

Niezależnie od wymienionych wyżej autorów inni starali się postępować nie bez, — lecz przeciwgnilnie, wychodząc z założenia, że ścisłe postępowanie bezgnilne wymaga wielkiej wprawy i jest trudne do przeprowadzenia w praktyce prywatnej, a najdrobniejsze uchybienie sprowadzić może niepożądane następstwa (21).

I tak widzimy znów cały szereg środków antyseptycznych, polecanych przez rozmaitych autorów: Schrader (22), Świtalski (23), Kośmiński (24) polecają dermatol; Herms (25) osłaniał kikut płateczkami z 4% waseliną karbolową; Wentz (26) stosował kalomel i kwas borowy; Grosz (27), Sänger (28) i Czerwenka (29) — mieszaninę skrobi z kwasem salicylowym; Gaszyński (30) airol; Schliep (31) pędzlowanie 2 razy dziennie 2% rozczynem azotanu srebrowego, itp. środki przez innych polecane, jak np. bismut, jodoform, garbnik i w. i.

Ahlfeld (32, 33, 34) odcina pępowinę nizko, wyciera kikut i okolicę 96% wyskokiem, przykrywa następnie kikut watą wyjałowioną i nie kąpie noworodków. Sposób swój uważa Ahlfeld za najlepszy i powiada, że przez to postępowanie „das denkbar günstigste Ergebnis erreicht worden ist" (35). Badania jednak porównawcze innych autorów, jak np. Stolza (36) w klinice Rosthorna w Gracu i Leubea (i. m.) wykazują, że sposób Martina stoi wyżej od sposobu Ahlfelda, tak co do czasu odpadnięcia kikuta, jakoteż i gojenia się rany pępkowej. Budberg (37) osłania kikut pępowinowy wacikiem, umaczanym w wyskoku, przez co, zdaniem jego, sprawa zeschnięcia szybciej się odbywa. Również w celu przyspieszenia zeschnięcia kikuta, a nadto w celu uniknięcia możliwego zakażenia radzą niektórzy autorowie zaniechać kąpania noworodków np. Basard (38), Neumann (39), Cohn (40), Keilmann (41), Doktor (42), Ahlfeld (43); inni zaś jak Schrader (44), Anthes (45), Sänger (46), a zwłaszcza Fuchs (47) polecają codziennie kąpiele.

Martin przy swym sposobie poleca kąpiel; niezaniechałem jej także i ja przy swych doświadczeniach, a jak wynik spostrzeżeń świadczy, uzyskałem skutek lepszy tak co do zeschnięcia i odpadnięcia kikuta, jakoteż co do sposobu i czasu trwania gojenia się rany, niż inni autorowie, którzy nawet nie stosowali kąpieli u dzieci.

Wreszcie wspomnieć muszę, że nie brak i takich autorów, którzy zupełnie nie podwiązywali pępowiny, jak np. Keller (48), lekarz amerykański, który u 2000 noworodków nie podwiązywał zupełnie pępowiny i nie obawia się wcale krwawienia z naczyń pępkowych; D. Kluge (49), zaś, który również u pewnej liczby noworodków w szpitalu berlińskim (Charité) nie podwiązywał w r. 1818 pępowiny, spostrzegł w 12 przypadkach następowe krwawienie z naczyń pępkowych. Postępowanie to, słusznie przez Riecka (l. c.) nazwane nihilistycznem, nie wielu miało naśladowców i zdaje się, że już ich chyba mieć nie będzie.

Podczas rozpraw na temat zaopatrywania pępowiny u noworodków na Kongresie lekarskim w Paryżu r. 1900 polecił gorąco Pinard (50) sposób, przez siebie wypróbowany, a polegający na krótkiem odcięciu pępowiny i zastosowaniu opatrunku aseptycznego. Niezależnie od Pinarda Charles, stosując sposób Martina przez pewien czas, w celu uproszczenia tego sposobu doszedł do tego samego postępowania, co i Pinard, a doświadczenie w tym kierunku wypadło pod wszelkim względem zadowalniająco. Pod wpływem tych rozpraw Martin postanowił przez Pinarda podany sposób wypróbować; rzeczywiście w 36 przypadkach otrzymał wyniki zadowalniające (51). To też odtąd nie przypala on już kikuta zupełnie i stosuje stale w swej klinice sposób Pinarda, który też w grudniowym zeszycie z 1900 r. „Monatschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie" poleca do ogólnego użycia.

Jak więc widzimy, od czasu prac Dohrna, Sängera i Rungego, tj. od 20 lat, nauka nie ustawała w dążeniu do uzyskania możliwego ideału. I każda praca w tym kierunku swój wpływ wywarła, dając innym bodziec do spostrzeżeń i doświadczeń, wśród których znowu czynione spostrzeżenia torowały drogę innym poglądom i zasadom, przy budowie których nawet najmniejsza cegiełka nie jest bez znaczenia. Dlatego trudno zgodzić się ze zdaniem Ballina (52), który sposobu Martina wcale nie uważa za widoczny postęp, przyznać bowiem trzeba, że sposób ten był przecież jednym z czynników, którymi zdobyła nauka dzisiejszy swój pogląd na sprawę zaopatrywania pępowiny u noworodków, zapatrywanie, choćby o krok dalej idące niż przed 20 laty, wygłoszone na Kongresie paryskim, a polegające na krótkiem obcięciu pępowiny i opatrunku aseptycznym.

Jeżeli się teraz zastanowimy, o ile sposób Martina posiada wyższość nad sposobami dotąd używanymi i jakie dla praktyki przedstawia korzyści, to wątpliwości w tym drugim kierunku okażą się dość poważne.

Nie da się zaprzeczyć, że dotychczasowe doświadczenia Riecka, Ballina, jakoteż i moje, wypadły zadowalniająco; — nie trzeba jednak zapominać, że były to doświadczenia przeprowadzone w klinikach, przeważnie przez samych lekarzy. Inaczej rzecz się przedstawia, jeźli czynność tę wykonywać będzie położna prywatna. Słusznie obawiać się należy, na co już Ahlfeld (53) zwrócił uwagę, że niewprawna ręka bardzo łatwo może rozżarzonemi nożyczkami spowodować poparzenie dziecka. Obawa słuszna i widzimy też, że Ballinowi (54) na 50 przypadków przydarzyło się to 2 razy. Oba te poparzenia i to 2 stopnia, raz na brzuszku, a drugi raz na udzie płodu, wydarzyły się w czasie nieobecności Ballina, kiedy położna sama zaopatrywała pępowinę. Ja w mych doświadczeniach nie miałem żadnego przypadku poparzenia, jednak, o czem już wyżej wspomniałem, zwykle doświadczenia sam przeprowadzałem, mianowicie 38 razy, a tylko 12 razy i to w mojej obecności położna kliniczna. Nie mogę przemilczeć, że położna ta, zapytana przezemnie, czy w praktyce prywatnej posługiwałaby się stale tym sposobem, oświadczyła mi, że z obawy przed poparzeniem dziecka stanowczo nie miałaby odwagi używać tego sposobu, przyczem nadmieniła, że i rodzice, jakoteż otoczenie dziecka z obawą patrzyliby na położnę, manipulującą rozżarzonemi nożyczkami koło pępowiny noworodka.

Obawa przed poparzeniem, to jeden wzgląd, który przeciw praktyczności tego sposobu przemawia. Drugi wzgląd, to możność przecięcia podwiązki jedwabnej. Ballinowi (55)

przydarzyło się to w jednym przypadku. Ja na 50 przypadków również miałem jeden (41), w którym jedwabna podwiązka przecięła grubą i tłustą pępowinę. W przypadku tym musiałem w celu zatamowania krwotoku przypalić drugi raz kikut w miejscu przecięcia żegadłem Paquelina, gdyż powtórne podwiązanie z powodu krótkości kikuta było niemożliwe. Z obawy przed krwawieniem nie poleciłem dziecka tego kąpać. Kikut w przypadku tym odpadł dnia 8, zaś dnia 10 po porodzie nastąpiło zupełne zagojenie rany pępkowej. U dziecka tego nadto wystąpiła żółtaczka w 3 dniu po porodzie.

Z powyższego wyniku jasno, że jeźli sposób Martina może nam dać dobre i pewne wyniki w klinikach i zakładach, gdzie lekarz, względnie rutynowana i o możliwych niebezpieczeństwach pouczona położna czynność tę wykonuje, to ogółowi położnych polecić go chyba nie można raz z obawy przed poparzeniem dziecka, a powtóre dlatego, że przy silniejszem zaciśnięciu podwiązki jedwabnej może ona łatwo przeciąć naczynie, a wówczas powtórnego podwiązania z powodu krótkości kikuta położna nie będzie mogła uskutecznić. I jestem najmocniej przekonany, że te okoliczności w znacznej mierze przyczyniły się do tego, że Martin swego sposobu już nie stosuje w swej klinice i innym nie poleca, a natomiast chętnie przyjął i polecił sposób przez Pinarda zalecony.

Już po napisaniu przezemnie powyższych uwag ogłosił Dr Leube w ostatnich dniach lipca (56) wyniki z doświadczeń, jakie przeprowadził w zakładzie położnic w Konstancyi nad sposobem Martina, Ahlfelda, oraz sposobem, w tym zakładzie praktykowamym. Sposób ten polega na tem, iż podwiązuje pępowinę zupełnie nizko katgutem (Nr. 5) i krótki kikut przysypuje świeżym pudrem dyachylowym. Badania porównawcze tych trzech sposobów wykazały, że sposób Martina jest najlepszy. Mimoto jednak używa Leube dalej swego sposobu z pudrem dyachylowym, gdyż jest on prostszy, wymaga mniej wprawy i daje zadowalniające wyniki.

Piśmiennictwo. 1) A. Martin: Die Versorgung des Nabels der Neugeborenen. »Berliner klinische Wochenschrift«. Nr. 8, 1901 r. 2) Dr A. Rieck: Die Versorgung des Nabels der Neugeborenen. »Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie«. Bd. XI, H. 5, 1900. 3) »Centralblatt für Gynäkologie«. Nr. 29, 1900 4) *l. c.*, str. 755 5) »Centralblatt für Gynäkologie«. Nr. 14 i 19, 1880. 6) »Centralblatt für Gynäkologie«. Nr. 19, 1880 i Nr. 6, 1881 7) »Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie«. Bd. VI, H. 1 8) Paul: Wie ist der Nabelschnurrest der Neugeborenen zu behandeln? »Inaug. Dissert.« Marburg, 1894 9) »Archiv für Gynäkologie«. Bd. XLV, H. 3 10) »Med News.« Vol. LXX, p. 557. 11) »Archiv für Gynäkologie«. Bd. XLIII. 12) »Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie«. Bd. XXX. 13) Umbilicalasepsis in the newborn. »Med. News.« Vol LXXI 14) »Berliner klinische Wochenschrift«. Bd. XXXV, p. 163. 15) Gessner: Zur Hygiene der ersten Lebenstage mit besonderer Berücksichtigung des Icterus neonatorum. Halle 1899. 16) »Centralblatt für Gynäkologie 1899«. (Ref. Str. 1450). 17) »Gaz. hebdomad. de medecine et de chirurgie 1897«. Str. 738. 18) »Presse medicale 1891«. September 8 19) »Centralblatt für Gynäkologie«. Nr. 44 (Ref.) 1899 20) »Centralblatt für Gynäkologie«. Nr. 19, 1899, str. 267. 21) Kośmiński: W sprawie pielęgnowania noworodków. »Przegląd lekarski«. 1898. Nr. 1, 2, 3 i 4. 22) »Centralblatt für Gynäkologie 1894« Nr. 46. str. 1176 23) »Przegląd lekarski 1893«. Nr. 18 24) *l. c.* 25) »Centralblatt für Gynäkologie«. Bd XIX, p. 443. 26) »Pennsylv. med Journal«. Juni 1897. 27) »Wiener klinische Rundschau«. Bd. IX, p. 292. 28) *l. c.* 29) »Wiener klinische Wochenschrift«. 1898. Nr. 11 30) »Medycyna 1896«. Nr. 34 i 35. 31) »Therapeutische Monatshefte 1895«. Nr. 6. 32) »Inaug Dissert.« Marburg, 1894. 33) »Lehrbuch der Geburtshilfe von Ahlfeld«. (Str. 188). 34) »Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie«. Bd. X Str 123. 35) »Centralblatt für Gynäkologie 1900«. Nr. 13, str. 339. 36) »Wiener klinische Wochenschrift 1901«. Nr 5 37) »Centralblatt für Gynäkologie 1899«. Str. 518. 38) »Contribution à l'étude du traitement du cordon ombilical après la naissance; action des bains«. Thése de Paris. 39) »Berliner klinische Wochenschrift«. Bd XXXV, Str. 10. 40) »Therapeutische Monatshefte 1896« 41) »Deutsche medicinische Wochenschrift 1895«. Nr. 22. 42) »Archiv für Gynäkologie«. Bd. XLI, H. 3. 43) *l. c.* 44) »Berliner klinische Wochenschrift«. Bd XXXV, Str. 163. 45) »Ueber den Einfluss des Bades auf die Nabelschnurbehandlung. Inaug. Dissert«. Halle 1896. 46) »Centralblatt für Gynäkologie 1881«. 47) Fuchs: Zur Hygiene der ersten Lebenstage. »Münchener medicinische Wochenschrift 1899«. Nr. 21. 48) »Wiener medicinische Blätter«. Bd. XX, Ref. str. 285. 49) »Hufelands Journal der praktischen Heilkunde 1819«. Januar, str 118. 50 Berichte über den Pariser Congress. »Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie« Bd. XII, H 3, 1900. 51) »Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie«. Bd. XII, H 3, 1900. 52) »Centralblatt für Gynäkologie«. Nr. 20, 1900. 53) »Centralblatt für Gynakologie«. Nr. 13, 1900. 54) »Centralblatt für Gynäkologie«. Nr. 20, 1900. 55) *l. c.* 56) Dr Wilhelm Leube: Ueber Nabelschnurversorgung der Neugeborenen. »Centralblatt für Gynäkologie«. Nr. 30, 1901.

II. Tętniak pnia tętnicy płucnej, wielokrotne tętniaki rozgałęzień tejże tętnicy i przewód Botalla otwarty.

Opracowali:

Część anatomiczną **Dr. J. Krzyszkowski.**

Część kliniczną **Doc. Dr. J. Wiczkowski.**

Z instytutu patologiczno-anatomicznego Prof. Dra Obrzuta we Lwowie.

I Część anatomiczna.

Do bardzo rzadkich zmian, jak świadczy przytoczone niżej zestawienie, należą tętniaki tętnicy płucnej. Niepokaźną liczbę znanych przypadków niektórzy autorowie, np. Schrötter (*Erkrankungen der Gefässe. Path. und Therap. Nothnagel* III T. 1 H.) zmniejszają, odróżniając od tętniaków rzeczywistych rozstrzenie tętniakowate. Schrötter (*ibidem*) nawet wyraża niesłuszne zapatrywanie, że wszystkie po dziśdzień ogłoszone tętniaki tętnicy płucnej są raczej znacznymi rozstrzeniami, tylko dla swej wielkości za tętniaki uważanymi.

Pomijając nieznaczne powiększenie światła naczynia wraz z przerostem roboczym ściany, spotykane często w małem krążeniu w przewlekłych wadach ujścia żylnego lewego, które to rozszerzenie jako takie łatwo na oko ocenić, uważam za tętniak rzeczywisty (*Aneurysma verum*) każda znaczniejsze rozszerzenie światła naczynia ne ogranicznej lub rozlanej przestrzeni.

Ze względu na etyologię; w zakresie tętnicy płucnej spotkać się możemy z następującymi rodzajami tętniaków.

Do najczęstszych należą tętniaki pasorzytnicze gruźlicze (*An. parasitarium tuberculosum*) i dotyczą one zwykle cieńszych rozgałęzień, nie dochodzą znacznych rozmiarów, leżą w świetle starych jam gruźliczych, rzadziej wśród mas serowatych, a powstają wskutek zserowacenia ściany zewnętrznej i wypuklenia błony wewnętrznej tętnicy (*intima*); są to więc właściwie tętniaki powstałe przez nadżarcie ściany (*An. per arrosionem vel A. herniarium*). Według badań Fraentzla na sto krwotoków śmiertelnych w gruźlicy przypada 75 razy pęknięcie tych tętniaków. W naszym instytucie stwierdziłem obecność tętniaków sześć razy, a w pięciu przypadkach pęknięcie było powodem krwotoków.

Rzadkie są tętniaki pasorzytnicze przerzutowe (*An. mycoticum embolicum*), zwykle wielokrotne; zniszczeniu ulega błona wewnętrzna tętnicy i warstwa mięsna, a wypukleniu błona zewnętrzna; na wsierdziu serca prawego spotykamy wtedy zwykle zapalne wybujałości. Za takie też, t. j. pasorzytniczozatorowe uważa Schrötter wielokrotne tęniaki roz-

gałęzień tętnicy płucnej, opisane w przypadku Chartona.

Opisu tętniaka urazowego rozdzierającego *(An. traumaticum dissecans)*, jakkolwiek o możliwości takiego w podziale tętniaków tętnicy płucnej wspomina Williams, nigdzie nie napotkałem.

Szczupłą resztę stanowią tętniaki tak nazwane twardzielowe (sklerotyczne); te możemy rozdzielić na tętniaki rozlane kształtu mniej więcej wrzecionowatego *(An. periphericum, totale, cylindroideum vel fusiforme)*, uważane przez wielu, jak wyżej wspomniałem, tylko za rozstrzenie i na najrzadsze tętniaki ograniczone kształtu workowatego *(An. semiperiphericum, parietale vel sacciforme)*.

Z takim też rodzajem tętniaka niedawno miałem do czynienia; zanim jednak przystąpię do opisu mego przypadku, zestawię wprzód ważniejsze spostrzeżenia, opisane po roku 1868. Do roku 1868 zebrał Goldbeck dwadzieścia przeważnie anatomicznych przypadków, potem idą następujące, które podaję w chronologicznym porządku:

Gilewskiego: U mężczyzny 28 l., który przed pięciu laty przebył gościec stawowy, znaleziono przy sekcyi znaczny przerost serca, tętnicę płucną rozszerzoną wraz z obydwoma rozgałęzieniami do wielkości dużej pomarańczy i przewlekłą wadę zastawkową ujścia żylnego lewego. Ściana tętniaka uległa miażdżycy, częściowo wapniejąc. (»Przegląd lekarski« Nr. 10—14 i »Wiener med. Wochenschrift« Nr. 33—38, 1868 r.).

Dowsego: U kobiety 19 l., która przed czterema laty przebyła gościec stawowy, znaleziono przy sekcyi przerost serca prawego, na przedniej ścianie tętnicy płucnej tętniak wielkości jaja kurzego, zastawki tętnicy płucnej ponadżerane, pokryte wybujałościami grzebieniastemi; świeże zapalenie osierdzia i świeże wybujałości na zastawce półksiężycowej tętnicy głównej. (»Transact of the path. Soc.« XXVI, r. 1875).

Leberta: U kobiety 37 l., cierpiącej na długotrwały gościec stawowy, znaleziono: zastawki tętnicy płucnej zniszczone, wybujałościami pokryte, a początek tętnicy płucnej tętniakowato rozszerzony; obwód rozszerzenia wynosił 11 ctm. (»Berliner klin. Wochenschrift« Nr. 20—29, 1876 r.).

Buchwalda: U kobiety 17 l. znaleziono: przewód Botalla otwarty, na ścianie tętnicy płucnej tętniak wielkości jaja kurzego, na zastawkach serca prawego, lewego i około obu ujść przewodu Botalla polipowate wybujałości, oprócz tego ropówka *(phlegmone)* na nodze, ostre zapalenie nerek i ostry obrzęk śledziony. (»Mittheilungen aus der Biermerschen Klinik in Breslau«, 1878).

Korczyńskiego. U kobiety 32 l., która przebyła wysiękowe zapalenie osierdzia, znaleziono: osierdzie, pokrywające pień tętnicy płucnej zgrubiałe, z osierdziem ściennem postronkowatymi zrostami spojone. W miejscu zrostów (2 ctm. ponad zastawkami) tętnica płucna okazuje workowate, wielkości jaja gołębiego wypuklenie. Strona wewnętrzna worka gładka, lśniąca; na szczycie jego liczne, wielkości ziarn grochu kieszonki. Grubość ściany worka na szczycie pół, — na obwodzie dwa — do trzech milimetr.; ściana złożona wyłącznie z tkanki łącznej włóknistej. (»Przegląd lekarski« 1—4, 1878).

Wolframa: U mężczyzny 55 letn., który za młodu przebywał choroby zakaźne, znaleziono znaczny przerost serca prawego, a tętnicę płucną objętą workiem sercowym nadmiernie tętniakowato rozszerzoną. Rozszerzenie to odnosi się głównie do przedniej wolnej strony naczynia i ma kształt beczułkowaty, obwód 14 ctm. Główne dwa pnie i dalsze grubsze rozgałęzienia tętnic płucnych mają światło obszerniejsze. Ściana pnia prawidłowa; ściana naczyń okazuje nacieki miażdżycowe. Drobniejsze rozgałęzienia, a zwłaszcza mikroskopowo wśród tkanki płucnej widoczne, okazują znaczne zgrubienia warstwy wewnętrznej; »Gazeta lekarska« Nr. 24—25, 1883).

Foulisa: U kobiety 22 l., która przed sześciu laty przebyła płonicę, znaleziono przewód Botalla otwarty i tętniakowate rozszerzenie pnia, workowaty tętniak ściany przedniej tętnicy płucnej, ograniczone tętniakowate wypuklenie ściany tylnej tętnicy głównej i świeże wybujałości na zastawkach i ścianie tętnicy płucnej. W myśli poprowadzona linia przez światło przewodu Botalla trafia punkta środkowe obu tętniaków, t. j. tętniaka przedniej ściany tętnicy płucnej i tętniaka tylnej ściany tętnicy głównej. (»Edinburgh Medical Journal« 1884).

Williamsa: U mężczyzny 40 l., cierpiącego na przewlekłą gruźlicę, znaleziono: tętnicę płucną symetrycznie rozszerzoną. Rozszerzenie miało kształt wrzecionowaty i przechodziło na oba rozgałęzienia. Przewód Botalla od strony tętnicy płucnej otwarty, rozszerzony; od strony tętnicy głównej — zamknięty. («Philad. Reports«, 1890.

Austa: U mężczyzny 25 l., pracującego od dwóch lat jako wydymacz w fabryce szkła, znaleziono: przerost serca prawego, pień tętnicy płucnej znacznie tętniakowo rozszerzony; rozszerzenie dotyczy grubszych i średnich rozgałęzień, na błonie wewnętrznej rozgałęzień zgrubienia miażdżycowe, najdrobniejsze natomiast rozgałęzienia wybitnie zwężone. (»Münch med. Wochenschrift», 1892).

Romberga: Dwa analogiczne przypadki, gdzie bez zmian w płucach i zmian na zastawkach, małe gałązki tętnicy płucnej były znacznie zwężone, ściana cieniutkich i grubszych gałązek okazywała znaczne stwardnienie, pień zaś tętnicy płucnej był tętniakowato rozszerzony. (»Arbeiten an der med Klinik zu Leipzig«, 1893).

Wreszcie mój przypadek, którego opis podaję poniżej. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *„Haemoptoe, mors subita"*.

Opis sekcyjny.

Zwłoki kobiety 17 letniej, wzrostu miernego, dobrze odżywionej i zbudowanej. Barwa skóry i jej wejrzenie naturalne. Błony śluzowe warg blade. Twarz i usta obficie pokryte skrzepłą krwią. Czaszka opony i mózg zmian nie okazują. Przepona sięga po obu stronach do 4-tego żebra. Oba płuca spojone świeżymi i dawniejszymi zrostami ze ścianami klatki piersiowej; brzegi przednie z tego powodu nieco na boki ściągnięte, tak, że worek sercowy na większej niż prawidłowo przestrzeni odkryty. Na opłucnej obu płuc pomiędzy zrostami widać już to dające się łatwo usunąć, świeże, już to silniej przylegające, dawniejsze naloty włóknika. Oba płuca wielkości prawidłowej, cięższe, a przy dotyku wyczuwa się liczne, w głębi i pod powierzchnią ułożone, duże kształtu nieregularnego, zbite ogniska. Płuco lewe okazuje na przekroju bardzo różnorodny obraz, a mianowicie: miąższ płuca w przeważnej części szarołupkowo zabarwiony, zbitszy, tu i owdzie zasiany drobniutkiemi żółtawemi ogniskami ropnemi; przy ucisku powierzchnia przekroju zalewa się cieczą mętną, ropną, mało powietrzną. Na tymże przekroju widać dalej liczne, ściśle odgraniczone, zbite, bezpowietrzne ogniska kształtu charakterystycznego dla zawałów. Barwa ognisk odpowiednio do ich dawności ciemnoczerwona, albo szarawo-rdzawa, z żółtawo-szarą naokoło obwódką albo też żółtawo-biała; te ostatnie ogniska są w środku rozmiękłe; dalej widać kilka podopłucnowo ułożonych zaciągniętych ognisk, w środku zwapniałych, a złożonych z bliznowatej tkanki łącznej i jedną podopłucnowo ułożoną jamę wielkości orzecha włoskiego, a kształtu trójkątnego, wypełnioną świeżą ropą. Błona śluzowa oskrzeli rozpulchniona, pokryta obfitą wydzieliną śluzowo-ropną, zmięszaną z krwią napółskrzepłą.

Oprócz tych zmian w miąższu uderzają jeszcze wybitnie zmiany w naczyniach: w środku płatu górnego widzimy twór krągły wielkości orzecha laskowego, na przekroju suchy, warstwowy; twór ten leży w świetle odpowiednio do jego kształtu tętniakowato rozszerzonego naczynia; ściana tego tętniaka w jednem miejscu gwiazdkowato rozdarta, krucha, zresztą dość gruba. Komunikacya z częścią doprowadzającą naczynia dobrze widoczna, zgłębnikiem stwierdzona; naczynie odpowiada rozgałęzieniu czwartego stopnia tętnicy płucnej.

W tymże samym płacie, nieco niżej i bardziej ku

przodowi, znajduje się drugi tętniak wielkości orzecha tureckiego, nie pęknięty, wypełniony skrzepem krwi Naczynie doprowadzające gubi się w zgrubiałej ścianie tętniaka, a odpowiada rozgałęzieniu trzeciego stopnia. Naczynie biegnące ku dołowi w płacie dolnym, a będące rozgałęzieniem drugiego stopnia, jest na znacznej przestrzeni walcowato rozszerzone; rozszerzenie to przechodzi i na trzy wychodzące zeń rozgałęzienia, obejmując je częściowo. Ściana naczynia zgrubiała, podłużnie pofałdowana; do ściany przylegają silnie odbarwione kruche skrzepy; reszta naczyń obu płuc o świetle i wejrzeniu ścian prawidłowych; w świetle niektórych dawne, przylegające, kruche skrzepy, w innych świeżo naniesione i luźnie leżące. Główny pień tętnicy płucnej lewej i dolna jej gałąź zatkane skrzepem świeżo-naniesionym, żeberkowanym.

W miąższu płuca prawego widoczne są zmiany podobne, lecz o mniejszym stopniu nasilenia (zawały i zapalenie przewlekłe ropne), naczynia zaś płuca prawego zmian nie okazują.

W worku osierdziowym około 50 ctm.³ płynu mętnego. Obie blaszki osierdzia przy podstawie, t. j. w miejscu wielkich pni naczyniowych, zlepione włóknikiem, częściowo organizującym się na większej przestrzeni. Po rozdarciu tych zlepów widać na przedniej ścianie tętnicy płucnej ograniczone tętniakowate wypuklenie, kształtu eliptycznego, wielkości połówki jaja kurzego. Wypuklenie to nie obejmuje całego światła, co po rozcięciu pnia tętnicy dobrze widać, lecz dotyczy przedniej i górnej części ściany pnia i przechodzi częściowo na lewą gałązkę tętnicy płucnej. Kształt worka eliptyczny i brzegi otworu doń prowadzącego znacznie zgrubiałe; do ściany worka silnie przylegają białe, warstwowane, kruche skrzepy. Ściana worka na przekroju dość gruba, cieńczeje ku szczytowi, a makroskopowo okazuje utkanie jednostajne łącznotkankowe. Ściana ta w miejscu odpowiadającem gałązce tętnicy płucnej lewej bardzo krucha (przy wyjmowaniu płuca) w kilku miejscach uszkodzona, naddarta. W tkance okołonaczyniowej śródpiersia danego miejsca i we wnęce płuca lewego świeży naciek ropny. Tętniak ten leży na dwa i pół ctm. ponad początkiem tętnicy płucnej, której światło jakoteż i zastawki zmian nie okazują. Na tylnej ścianie tętnicy tuż ponad zastawkami widać tylko jedną malutką, szaro-różową wybujałość, wielkości ziarnka prosa, zresztą bł. wewnętrzna tętnicy wejrzenia prawidłowego.

Tuż przy górnym tylnym brzegu worka w ścianie tętnicy płucnej lewej znajduje się lejkowaty otwór. Otwór ten wielkości przekroju zwykłego ołówka, tylko przez silnie przylegające skrzepy częściowo zwężony, prowadzi do światła łuku tętnicy głównej, gdzie się też lejkowato kończy. Tętnica główna nieco węższa, niedotwórcza.

Zastawki wszystkich ujść obu serc prawidłowe. Serce prawe okazuje światło większe, a ścianę w dwójnasób grubszą. Ściana serca lewego nieco grubsza, mięsień wejrzenia prawidłowego. Gruczoły zaoskrzelowe i okołotchawicze powiększone, szarołupkowo zabarwione, twardsze. Śledziona powiększona powierzchnia jej przekroju gładka, barwy wiśniowej, miazgi mało. Wątroba w krew zamożna. Nerki i przewód pokarmowy zmian nie okazują.

Rozpoznanie: *Ductus Botalli apertus. Aneurysma sacciforme parietis anterioris arteriae pulmonalis. Aneurysmata Nr. III ramificationum arteriae pulmonalis pulmonis sinistri. Hypertrophia excentrica ventriculi cordis dextri. Pericarditis fibrinosa adhaesiva ad conum vasorum. Pleuritis fibrosa adhaesiva et fibrinosa recens ambilateralis. Pneumonia chronica abscedens dispersa, infarctus haemorrhagici recentes et inveterati pulmonis utriusque. Caverna post infarctum suppuratum pulmonis sinistri. Mediastinocellulitis purulenta ad hilum pulmonis sinistri. Lymphodenitis chronica pigmentosa glandularum peribronchialium et peritrachealium. Induratio hepatis. Tumor lienis chronicus venostaticus. Thrombosis embolica arteriae pulmonalis pulmonis sinistri.*

Szczepienie, dokonane z miazgi śledzionowej, dało wynik ujemny. (dok. nast.)

III. Wyciągi.

Ewald (Berlin). **O ostrawem osłabieniu serca w przebiegu wad sercowych oraz uwagi nad leczeniem chorób sercowych.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 42, 1901). W przypadku, dotyczącym 62-letniego chorego dołączyło się do istniejącej wady sercowej zapalenie mięśnia sercowego, które pociągnęło za sobą ciężkie upośledzenie czynności serca. Pod wpływem jednak środków sercowych i moczopędnych, w połączeniu z zabiegami, zmierzającymi do usunięcia przeszkód w obwodowem krążeniu (nakłócia, nasiekania), ustąpiły wszystkie objawy chorobowe, nie pozostawiając żadnej ważniejszej zmiany w mięśniu sercowym. Przy sposobności więc opisu tego przypadku chorobowego omawia autor środki sercowe i postępowanie lecznicze w takich razach stosowane, zwracając się w pierwszym rzędzie do usuwania obrzęków. Ku temu celowi służą przedewszystkiem nakłócia jam ustroju, — a więc jamy opłucnowej, brzusznej, lub wreszcie worka sercowego; po odejściu bowiem płynu nietylko doznaje chory natychmiast znacznej ulgi, ale co ważniejsza, często gęsto można stwierdzić fakt, że leki sercowe, które aż do tej chwili żadnego wpływu nie wywierały, po odprowadzeniu nagromadzonego płynu wcale skutecznie działają. Niezawsze atoli prowadzi tego rodzaju zabieg do pożądanego celu: albo warstwy mięśniowe lub skórne są w takim stopniu obrzękłe, że nakłócie niedobrze się udaje, albo (co częściej się zdarza) płyn nagromadzony w jamie opłucnowej lub brzusznej nie komunikuje z obrzękiem skórnym lub kończyn, skutkiem czego wynik nakłócia nie jest należyty. W takich razach nasiekuje się dolne kończyny kaniulkami wielkości igły Pravatza i płyn wchodzi do odpowiednio nałożonego, dobrze wchłaniającego opatrunku, albo też bywa wysysany zapomocą lejków gumowych lub szklanych. Z leków aptecznych zajmuje niezachwiane dotychczas stanowisko naparstnica; zdarzają się jednak przypadki, w których i ona pozostaje bez wpływu, najczęściej u chorych z silną dusznicą i bezsennością. W takich przypadkach jedyna morfina, wstrzyknięta pod skórę, uspokaja chorego fizycznie i umysłowo, — następuje pokrzepiający sen i serce ma czas przyjść do równowagi. Teraz jest chwila do podania naparstnicy, która też rzeczywiście wywołuje prawie w oczy bijący skutek. Inne przetwory, jak digitalina, digitoksyna mniej dobrze działają.

Drugim również nieposlednim środkiem sercowym jest *tinctura strophanti;* — różni się jednak od naparstnicy tem, że wcale nie wpływa, albo bardzo mało, na obwodowe naczynia. W przypadkach więc, w których ma być działanie skierowane na serce i na naczynia, należy stosować naparstnicę: wzmacnia ona skurcze serca, przedłuża rozkurcze i podnosi napięcie obwodowych naczyń. O kofeinie, kamforze, eterze i t. d. można powiedzieć, że są bardziej środkami podniecającymi, aniżeli sercowymi. *Dr. Henryk Pisek.*

Martin. **Rozcięcie spojenia łonowego i cięcie cesarskie.** (*Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 42). Autor opisuje przypadek wykonanego cięcia łonowego z powodu ścieśnienia miednicy, w którem mimo rozszerzenia się wchodu miednicy prawie o 6 ctm. płód nawet kleszczami nie dał się urodzić, a w końcu dla rozwiązania rodzącej musiano wykonać cięcie cesarskie, przyczem wydobyto płód żywy, wagi 3700 gramów.

Z okazyi przytoczonego przypadku omawia M. postępowanie przy miednicach ścieśnionych. Przyznaje wielką doniosłość porodom przedwczesnym, których sprowadzenie wobec obecnego stanu aseptyki jest prawie bez niebezpieczeństwa. Obroty zapobiegawcze radzi wykonywać tylko przy miednicach płaskich; cięcie łonowe tylko zaleca w przypadkach, gdzie główka dużą częścią jest do wchodu wklinowana i rozszerzenie płaszczyzny wchodu o 6 ctm., wystarczy do

jej przejścia. Wogóle cięcie łonowe uważa za sposób niepewny i przestrzega przed zbyt pochopnem jego wykonywaniem. *P.*

Uhlenhuth. **Badanie różnych gatunków mięsa zapomocą surowiczego odczynu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 45). Szczepiąc krew różnych zwierząt królikom, przekonał się autor, że zapomocą otrzymanej z nich surowicy można rozpoznać mięso tegoż gatunku zwierzęcia. Tak np. surowica z krwi królika, szczepionego krwią konia, wywołuje w soku mięsnym konia widoczne zmętnienie, nie powodując zmian w soku z mięsa świni, kota, psa i odwrotnie. Badania tego rodzaju mogą być bardzo ważne przy zafałszowaniach mięsa droższego innem tańszem. Badanie wykonywa autor, dodając 10—15 kropel surowicy królika do soku z mięsa roztartego z podwójną ilością rozczynu fizyologicznego. Otrzymuje się sok po przesączeniu przez bibułę barwy żółtawej zupełnie jasny. Do metod badania artykułów spożywczych przybywa zatem jedna więcej, dzięki rozpoznaniu surowicą. *O. B.*

Dr. Sternberg. **Przypadek uwięzniętej przepukliny bocznej w ścianie brzusznej.** (*Wiener klin Wochs.* Nr. 42, 1901). Znajomość przepuklin bocznych w ścianie brzusznej (szczególnie w razie uwięźnięcia) ma wielkie znaczenie praktyczne, gdyż zabieg chirurgiczny w takich przypadkach ratuje z jednej strony życie pacyenta, z drugiej zaś, nierozpoznanie choroby pociąga za sobą najcięższe następstwa, jak tego przykładem wspomniany w podręczniku Alberta przypadek, w którym rozpoznano ropień i otwarto go przez nacięcie, wytwarzając przez to sztuczną rzyć. Autor miał sposobność oglądania przy sekcyi rzadkiego obrazu uwięźniętej przepukliny bocznej w ścianie brzusznej. Po otwarciu jamy brzusznej okazał się po lewej jej stronie guz owalny, którego długość wynosiła 15 ctm., a szerokość 9 ctm. między warstwami mięśni brzusznych. Od przodu guz ten był przykryty przez mięsień skośny zewnętrzny brzucha, a od tyłu przez mięsień skośny wewnętrzny, poprzeczny i otrzewnę. Guz ten, którego treścią była pętla jelita i sieć, znajdował się w osłonce powstałej przez wpuklenie się otrzewnej i powięzi poprzecznej między pęczki mięśnia skośnego wewnętrznego. Zastanawiając się nad przyczyną powstania tej przepukliny, sądzi autor, że powstała ona skutkiem zadziałania tępego urazu, sprowadzającego podskórną szczelinę w mięśniu skośnym. W piśmiennictwie niewielka jest liczba takich przypadków, a z tych najciekawszy jest przypadek Eiselsberga, w którym u kobiety po spadnięciu z wysokości jednego piętra, przyczem uderzyła się o dyszel wózka w prawą okolicę podbrzusza, skutkiem podskórnego zranienia mięśni brzusznych i otrzewnej powstała boczna przepuklina w ścianie brzusznej, nieposiadająca worka przepuklinowego. *Dr. Ozga.*

Eisenberg. **O stosowaniu gorących przestrzykiwań pochwy w cierpieniach kobiecych.** (*Wiener med. Presse* Nr. 42). Przechodząc historyczny rozwój metody przestrzykiwań pochwy, rozróżnia E. dwa ich rodzaje: ciepłe, które sprowadzają zwiotczenie tkanin i gorące, sprowadzające stężenie. Aby przestrzykiwania te mogły sprowadzić dobry skutek, powinny być wykonywane zawsze w pozycyi leżącej, nadto powinna być przepuszczona wolno znaczna ilość płynu, 20—30 litrów. Czas trwania takiego przestrzykiwania wynosi 20 minut. Z początku jednak należy robić przestrzykiwania króciej, do 5 minut, a więc i mniejszą ilością płynu; taksamo z początku ciepłota ich musi być niższa od 37°. Celsiusza, później mogą wynosić nawet 48° C. W celu uniknięcia oparzenia radzi nasmarować waseliną okolicę sromu, nadto używać wziernika Bandla. Dobre skutki leczenia zapomocą gorących przestrzykiwań spostrzegał E. w starych wypocinach okołomacicznych, rozmaitych schorzeniach trąbek i jajników, w nieżytach macicy, krwisteku i w macinnictwie. Przestrzykiwaniom gorącym przypisuje E. działanie lecznicze, uspokajające i uśmierzające ból. Przy guzach, otoczonych wypociną, mają przestrzykiwania działanie przygotowawcze do późniejszej operacyi, wpływają bowiem na wessanie wypociny i odsłaniają nam sam guz w jego właściwej wielkości. W końcu przestrzykiwania te działają jako środek pomocniczy przy mięsieniu. *P.*

R. Lepine. **Leczenie moczówki cukrowej.** (*Semaine médicale* 1901, 46). Zanim rozpocznie się leczenie, bardzo ważną jest rzeczą gruntownie poznać chorego: jego właściwości osobnicze i dziedziczne, tryb życia, nawyknienia i to ile możności drobiazgowo. Autor przytacza szczegóły, dotyczące chorego, u którego zmiana mieszkania, dość oddalonego od miejsca codziennego zajęcia, na bliższe, spowodowała wystąpienie cukrzycy; zalecenie mu codziennej dłuższej przechadzki i niektórych zmian w trybie życia usunęło cukier z moczu. Z nadzwyczajną dokładnością należy postępować przy badaniu moczu: powinniśmy mieć przed sobą całą ilość moczu z 24 godzin; dalej bardzo jest wskazane, aby chory przez dwa lub trzy dni, poprzedzające badanie, trzymał się zwykłego prawidłowego trybu życia. Już zwykła np. podróż wystarcza, aby zmienić ilość cukru i spowodować fałszywą ocenę stopnia choroby. Przy ilościowem oznaczaniu cukru nie należy zadawalniać się jedną metodą, lecz kontrolować wzajemnie próbę polaryzacyjną i próbę rozczynem Fehlinga. Polaryzator ma tę wyższość nad metodą Fehlinga, że nie wliczamy tu innych substancyj, działających na ten rozczyn podobnie jak cukier; jednak naodwrót, obecność — wcale niezbyt rzadka — w moczu maltozy może spowodować znaczne błędy. Przy oznaczaniu mocznika należy uwzględniać ciężar ciała chorego i stosunek ilości mocznika do ilości cukru. Objawem nierzadkim w cukrzycy, nader często przez lekarzy zapoznawanym, jest białkomocz. Kühl znalazł białko u 79% badanych dyabetyków i to wcale nie w wyłącznie cięższych postaciach. U 64% chorych znaleziono w moczu wałeczki, co dowodzi, że mamy tu do czynienia z zadrażnieniem samego miąższu: ztąd wskazanie, aby unikać leków drażniących nerki, gdyż można przyspieszyć wystąpienie śpiączki.

Najważniejsze pytanie, jakie musimy uczynić w każdym przypadku cukrzycy, dotyczy kwasu acetooctowego. Diacetur ya jest niezmiernie ważną tak dla rokowania, jak i leczenia: tam, gdzie znajdziemy kwas acetooctowy (próba Gerhardta: wlewamy kroplami do moczu półtorachlorek żelaza, zabarwienie ciemno-czerwone), tam usuwanie cukrzycy schodzi na plan drugi.

Autor dzieli chorych zasadniczo na:

I. cukrzyczych bez kwasu acetooctowego w moczu	*a)* u których cukromocz znika pod wpływem odpowiedniej dyety;
	b) cukromocz pod wpływem dyety tylko się zmniejsza.
II. chorych cukrzyczych z kwasem acetooctowym	*a)* znikającym pod wpływem odpowiedniego leczenia;
	b) utrzymującym się mimo leczenia (rokowanie bardzo niedobre).

I. *a*). Dyeta z początku wyłącznie mięsna i tłuszczowa z tem zastrzeżeniem, aby równowaga azotowa była utrzymana, a z drugiej strony, aby nie wprowadzać do ustroju zbyt wiele substancyj białkowych. Następnie przechodzimy do dyety mięszanej i staramy się oznaczyć tolerancyę ustroju dla węglowodanów. Ciągła kontrola i indywidualizowanie każdego przypadku jest konieczne.

I. *b*). Dawną metodę dyety wyłącznie mięsnej zarzucono, zdaniem autora słusznie, gdyż drażni nerki i powiększa białkomocz, sprzyja rozwinięciu się skazy kwaśnej, a wreszcie, co jest mniej znane, przy dłuższem używaniu powiększa ilość cukru w moczu. Fakt ten rozmaicie objaśniają: w ostatnich czasach Talma tłómaczył go podrażnieniem miąższu nerkowego i zwiększoną przepuszczalnością dla cukru bez istotnego powiększenia jego wytwarzania się. Próbowano dalej dyety tłuszczowej, wobec dotychczasowej teoryi, że tłuszcze nie przyczyniają się do wytwarzania się cukru. Autor widział powiększenie się cukru po wprowadzeniu pół litra śmietanki; zdaje się być również rzeczą pewną, że tłuszcze wytwarzają aceton; zresztą wstręt chorych do dyety wyłącznie tłuszczowej staje tu na przeszkodzie.

II. Według najnowszych badań (Geelmuyden) źródłem dla kwasu β oksymasłowego i jego wytworów pochodnych, acetonu i kwasu acetooctowego, są tłuszcze. Spostrzeżenia kliniczne potwierdzają tę hipotezę, dziś już uznaną prawie jako pewnik. Jakkolwiek ustrój może znosić diaceturyę bezkarnie przez przeciąg nawet całych miesięcy, jednakowoż usunięcie jej jest koniecznie wskazane: wynik odpowiedniego leczenia pozwoli nam dokonać wyżej wzmiankowanego podziału (II *a*, II *b*). tak ważnego ze względu na rokowanie.

Obfite podawanie węglowodanów zmniejsza wprawdzie diaceturyę, nieuniknionem jednak następstwem tej dyety jest powiększenie się ilości cukru w moczu. Odpowiadająca teoretycznym wymaganiom (Szullen) gliceryna w praktyce okazała się bez wartości. Według Schwarza zadaniu temu odpowiada kwas glykonowy (*acide gluconique*), a przypadek ogłoszony przez niego [1]), zasługuje na wszelką uwagę: chodziło o mężczyznę 28-letniego, dotkniętego ciężką cukrzycą i gruźlicą płuc. W ciągu sześciu tygodni pobytu w klinice w Pradze chory ten uległ trzy razy śpiączce. W dwóch pierwszych napadach choremu, już nieprzytomnemu zupełnie, podano duże ilości (do 70 gramów) kwasu glykonowego, rozpuszczonego w wodzie i zobojętnionego dwuwęglanem sodowym, a prócz tego 140 gramów dwuwęglanu sodowego tak przez usta, jak i w lewatywie: wszystkie przypady znikły w przeciągu kilku godzin i przez dni kilkanaście utrzymywał się stan względnie dobry; — w trzecim napadzie chory zginął, ponieważ brakło kwasu glykonowego i podawano mu tylko dwuwęglan sodowy. Zdaje się rzeczą niewątpliwą, że dwuwęgian sodowy dwa razy ocalił chorego, dlatego

[1]) L. Schwarze: Zur Behandlung des Coma diabeticum. »Prag. med. Wochenschrift« 25 lipiec i sierpień 1901.

byłoby bardzo pożądaną rzeczą, aby kwas ten mógł być niedługo wytwarzany w dostatecznej dla szerszych doświadczeń ilości, i aby go podawać nietylko podczas śpiączki w cukrzycy, lecz także i w skazie kwaśnej przed wystąpieniem duszności. Przeciw skazie kwaśnej i podczas wyczekiwania skutków podania kwasu glykonowego należy zażywać dwuwęglan sodowy w bardzo wielkich ilościach.

Dr. L. Żeleński.

V. Babes i G. Robin. **O epidemiach skojarzonych.** (*La semaine medicale* Nr. 42, 1901). Autorowie mieli sposobność w zimie roku 1900 spostrzegać w Bukareszcie epidemię, srożącą się głównie w pewnych ogniskach, wybuchłych bądź w okolicach niezdrowych, bądź też zamieszkanych przez ludność ubogą, przeważnie cygańską, żyjącą w jak najgorszych warunkach. Przedstawiają oni ośm spostrzeżeń chorych, przybyłych do szpitala z rozpoznaniem duru osutkowego. U wszystkich ośmiu znaleziono prątki Pfeifferowskie. W większości przypadków wynik próby Widala był dodatni, jakkolwiek zmian durowych nie było. ani prątków Ebertha nie wykryto. Nie można było przyjąć duru poronnego, ponieważ często z początku brakło aglutynacyi, lub była niewyraźna, a potem występowała wybitnie. Nie można też było uważać grypy jako tła epidemii, ponieważ prątków Pfeiffera w pierwszych dniach choroby nie było, a dopiero później się pokazywały, lub też spotykano te drobnoustroje w starych zapalnych lub zgorzelinowych ogniskach płuc. Autorowie dochodzą do wniosku, że pierwotną przyczyną tej epidemii były jakieś nieznane nam drobnoustroje i że dopiero na tle tej choroby zagnieździły się następowo prątki Pfeiffera, a prawdopodobnie także prątki Ebertha, które wskutek przypadkowych okoliczności nie mogły się dostatecznie rozmnożyć i wywołać zmian durowych. Nie wystarcza tedy zdaniem autorów wykrycie podczas jakiejś epidemii prątków Pfeiffera dla stwierdzenia grypy, ani też wykazanie odczynu surowicy dla stwierdzenia duru, ponieważ możliwem jest równoczesne wystąpienie obu czynników w przebiegu tak zwanej przez autorów epidemii skojarzonej (*épidémie associée*), która nie jest ani grypą, ani durem. Wiele przypadków uważanych za dur osutkowy, należy zdaniem autorów zaliczyć do epidemij skojarzonych.

Z punktu widzenia epidemiologicznego fakty powyższe wykazują, że każda epidemia nie jest wytworem jednego swoistego drobnoustroju, lecz że istnieją choroby epidemiczne skojarzone, wywołane bądź przez czynniki skojarzone, bądź też przez zarodki swoiste, osiadłe na tle innych, również swoistych, nieznanych stanów chorobowych. *Dr. M. Blassberg.*

Dr. Jessner. **Ambulatoryjne leczenie wrzodów podudzia.** (*Dermatol. Vorträge für Praktiker* 1901, Zeszyt 7). Monografia powyższa, nader przystępnie skreślona, ma przedewszystkiem na celu zwrócenie uwagi lekarza — praktyka na to cierpienie, mające tak doniosłe znaczenie ze stanowiska społecznego wśród biedniejszej ludności. Posiadając rozległe na tem polu doświadczenie, uważa autor, z czem zresztą wszyscy się godzą, zastój żylny w dolnych kończynach za najważniejszy czynnik w powstawaniu wrzodów podudzia, który też z tego właśnie powodu przy leczeniu cierpienia powinien być uwzględnionym. Załatwiwszy się pokrótce z innemi przyczynami i objawami choroby, przechodzi autor do właściwego leczenia owrzodzeń. Wprawdzie nic nowego autor nam nie podaje na tem miejscu, — z naciskiem jednak podnosi, że pomyślny wynik leczenia zależy przedewszystkiem od uregulowania krążenia krwi w naczyniach żylnych dotkniętej kończyny. Osiąga się to zapomocą znanych już opasek, t. zw. cynko-kleinowych Unny, którego przepis uległ przez autora pewnej modyfikacyi. Małe koszta leczenia i sama praktyczność jego powinny znaleźć zastósowanie tam, gdzie nam nie wolno chorego skazać na bezczynność, jeźli jedynie praca jego zapewnia mu byt. (Na oddziale chirurgicznym prof. Trzebickyego stósuje się leczenie wrzodów podudzia od szeregu lat według przepisu Heidehaina, będącego modyfikacyą sposobu Unny, przyczem otrzymano znakomite wyniki. *Przyp. referenta*).

Dr. L. Berger.

Dr. E. Siegel. **Przyczynek do chirurgicznego leczenia zwężeń dwunastnicy.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* T. VIII, Z. 1 i 2). Zwężenia dwunastnicy, wywołane najczęściej wrzodem okrągłym tego jelita, lub rakiem trzustki, zaciskającym jelito, dają szereg cechujących i znanych objawów. Ladevès doradzał, aby w przypadkach zwężeń bliznowatych, gdy się znajdą i inne korzystne po temu warunki, wykonać plastykę, podobną do tej, którą na odźwierniku podawał Heinicke-Mikulicz. W przeważnej jednak liczbie przypadków zadowolnić się musimy gastro-enterostomią. Ta daje wynik zupełnie dobry, a przepływ żółci i soku trzustkowego przez żołądek, nie zdaje się wywierać nań wpływu niekorzystnego. *Herman*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. Ludwik Müller. **Lecznicza wartość somatozy i somatozy żelezistej** (*Wien. med. Presse* Nr. 30. 1901). Albumozy posiadają prócz wartości odżywczej także i działanie lecznicze, pobudzając ruch robaczkowy jelit i większe wydzielanie soków trawiennych. W przeciwieństwie do peptonów, jak to wykazał Voit, mogą w pokarmach zastąpić białko. Działanie lecznicze jest 1) podniecające łaknienie, 2) pobudzające czynność jelit i 3) odżywcze. Ogólne zatem działanie jest wzmacniające. Do wielu w nowszych czasach sporządzonych tego rodzaju środków należy także mięsny preparat somatoza, proszek bez smaku i woni, łatwo rozpuszczalny i dlatego wygodny do podawania w pokarmach płynnych; 10—12 gr. dziennie, rozdzielonych na 3—4 dawki, wystarcza, aby osiągnąć pożądany skutek. Już po 6—8 dniach łaknienie się zwiększa, ogólne odżywienie poprawia i waga ciała podnosi.

Somatoza żelezista jest według autora organicznem połączeniem Fe z somatozą i dlatego uważa ją jako znakomity środek wzmacniający i łatwiej wessalny, niż inne przetwory Fe, nie wyłączając pigułek Blauda.

Autor opisuje kilka przypadków, w których somatoza żelezista jak najlepsze dała wyniki, np. kilka przypadków zaparcia stolca u osób niedokrewnych, w błednicy, w znacznem wychudzeniu po obfitych krwiopluciach, w zanikach po chorobach zakaźnych, np. płonicy i t. d.

Uważa zatem M. somatozę żelezistą za cenny lek wzmacniający, który we wszystkich przypadkach błednicy, niedokrewności i stanach osłabienia może lekarzowi bardzo dobre oddać usługi lecznicze.

Dr. Ewald. **Lecznicza wartość somatozy żelezistej.** (*Wiener med. Blätter* Nr. 39. 1901). E. stosował somatozę żelezistą w 3 przypadkach ostrej niedokrewności po ciężkich operacyach. Lek był dobrze znoszony, a niedokrewność ustępowała daleko szybciej, niż zwykle i jakkolwiek odrodzenie się krwi po obfitych krwotokach jest szybkie, mimo to działanie somatozy żelezistej było pod tym względem widoczne. To samo spostrzeżenie zrobił w 2 przypadkach, z których w jednym wskutek łożyska przodującego, w drugim wskutek krwotoku atonicznego, chore ciężko były zagrożone. Siły wzmagały się daleko szybciej niż zwykle.

Prócz tego podawał E. somatozę żelezistą w silnej niedokrewności podczas ciąży i jakkolwiek dawki były mniejsze od zwykłych, chore traciły wnet przygnębiony i mizerny wyraz twarzy i dostawały lepszego łaknienia; w jednym przypadku, w którym chora wskutek uporczywych wymiotów ciężarnych znacznie podupadła, oddała somatoza żelezista bardzo dobre usługi.

Doświadczenia innych lekarzy, że somatoza wpływa podniecająco na czynność gruczołów mlecznych, skłoniły go do podawania somatozy żelezistej w tych przypadkach, gdzie obok leniwej czynności gruczołów sutkowych była lekka niedokrewność.

U żadnej chorej (doświadczał około 50 przypadków) nie zauważył najmniejszych przypadłości żołądkowych, nawet przy wielkiej wrażliwości żołądka. We wszystkich przypadkach, gdzie zawartość hemoglobiny z różnych przyczyn ucierpiała, zaleca somatozę żelezistą, jako lek bardzo dobry, przedewszystkiem jednak uważa ją za idealny środek w tych wszystkich przypadkach, gdzie wskutek zaburzeń przewodu pokarmowego chłonienie pokarmów jest upośledzone; jest ona bowiem łatwo wessalną, o wysokiej wartości odżywczej, a żelazo w tej kombinacyi może być przez długi czas znoszone.

Dr. Flis.

Doc. Dr. H. Suchanek: **O zastosowaniu soli sozojodolowych** (*Correspondblatt f. Schweizer Ärzte* 6. 19). S. stosował sozojodolan potasowy w rozmaitych postaciach cierpień nosa (zapalenie błony śluzowej nosa przewlekłe, ropne, surowicze, gruźlicze) z wynikiem dodatnim.

Przetwór zaś sozojodolan cynkowy stosował S. w przerostowem zapal. bł. śluz. nosa z skąpą wydzieliną, w *ozena* i tu osiągnął dobre wyniki. W cierpieniach nosa na tle kiłowem używał sozojodolanu rtęciowego w rozczynie 1 : 20 : 10.

Doc. Dr. Trapesnikow. **Leczenie wrzodu miękiego zapomocą sozojodolanu sodowego** (*Therap. Blätter*, 2). Na podstawie obfitego materyału przyszedł T. do przekonania, że działanie tego przetworu w wrzodzie miękim jest znakomite; już w pierwszym dniu po zastosowaniu — wrzód się oczyszcza, — nie postępuje dalej i w krótkim czasie zabliźnia się. Wogóle do wyleczenia wystarczały 3—4 zasypki, — a w pracy swojej wyraża się o tym przetworze jak następuje: „Gdy porównamy leczenie wrzodu miękiego zapomocą zasypki jodoformowej i zasypki z sozojodolanem sodowym, to przyznać należy, że przetwór sozojodolowy przewyższa znacznie jodoform; niechaj się nie wydaje dziwnem, skoro twierdzę, że sozojodalon sodowy jest lekiem swoistym w leczeniu wrzodu miękiego". *G.*

Doświadczenia nad działaniem **fersanu** u osesków przeprowadził Doc. Dr. Tedeschi *(Giorn. di Farm.* 12. 1901). Podając ten przetwór żelezisto-fosforowy w postaci proszku, dodawanego do mleka, przekonał się, że fersan działa u dzieci podobnie, jak u dorosłych, poprawiając układ krwi i ogólne odżywienie. Na szczególną uwagę zasługuje to spostrzeżenie, że lek ten działa równie dobrze wobec nieżytów przewodu pokarmowego, a nawet, że wpływa on korzystnie wprost na samą sprawę chorobową w przewodzie pokarmowym, lecząc uporczywe biegunki, które nie ustępowały przy podawaniu innych środków. *r.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 6 listopada 1901.

Przewodniczący: kol. prof. Kostanecki

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kolega Gliński przedstawił przypadek mięsaka zaotrzewnowego, który przebił do jelita biodrowego (Opis dokładny przeznaczony do druku).

III. Kol. Rosner wygłosił odczyt p. t. »Z kazuistyki ginekologicznej«. Prelegent opowiedział szereg rzadkich przypadków ginekologicznych, ilustrując wykład swój preparatami anatomicznymi.

1) Słoniowacizna sromu *(elephantiasis vulvae)* niezwykłych rozmiarów. Obie wargi sromowe większe zamienione w ogromne guzy, z których jeden miał w obwodzie 47, drugi 50 ctm. Jako przyczynę, wywołującą słoniowaciznę w tym wypadku, uważa kol. R. od szeregu lat istniejący toczeń przerostowy *(lupus hypertrophicus)* na obu kończynach dolnych i wywołane przez to cierpienie zmiany w gruczołach chłonnych pachwinowych. Opisuje operacyę i okazuje odcięte guzy.

2) Włókniako- mięśniak podśluzowy macicy z następowem zupełnem wynicowaniem macicy i zropieniem guza. Stan przed zabiegiem operacyjnym bardzo zły z powodu ogromnej niedokrewności i ogólnego zakażenia. Zabieg sam trudny i powikłany przedziurawieniem macicy w dnie. Trzeciego dnia dobrowolna reinwersya. Wyleczenie.

3) Włókniako-mięśniaki macicy, powikłane ropniami w miednicy małej. Wydobycie macicy przez pochwę z pomocą rozkawałkowania macicy. Otwarcie ropni, sączkowanie. Wyleczenie. Prelegent omawia sprawę t. zw. *castratio uterina* w przebiegu ropnych zapaleń okołomacicznych.

4) Włókniako-mięśniaki macicy wielorakie. Guz sięgał do pępka. Mimo to zdecydował się kol. R. na operacyę doszczętną przez pochwę. Rozkawałkowanie z pomocą korkociąga. W kikutach pozostałych po wycięciu macicy, więzadeł szerokich podwiązał prelegent każde naczynie z osobna, przez co uniknął zakładania kleszczyków i podwiązek ryczałtem. Wyleczenie. (Demonstracya preparatu).

5) Włókniako-mięśniaki macicy szczątkowej. W r. 1890 stwierdzono w klinice krakowskiej szczątkowy rozwój macicy przy zupełnem zarośnięciu pochwy. Co miesiąc zwiastunowe objawy miesiączki, ale brak krwisteku śródmacicznego. Obecnie macica przedstawia guz większy od pięści. Laparotomia. Wydobycie całkowite macicy wraz z przydatkami. Wyleczenie. (Demonstracya preparatu).

6) Rak trzonu macicy. Rozpoznano w bardzo wczesnym okresie po drobnowidowem zbadaniu strzępków wyskrobanych. Wydobycie macicy przez pochwę. Wyleczenie.

7) Rak trzonu macicy u panny lat 60 liczącej. Rak rozwinął się tutaj w macicy zanikłej (*atrophia senilis*). Mimo, że ściany macicy były prawie zupełnie zniszczone, nie było prócz nieznacznych krwawień żadnych objawów. Wydobycie macicy przez pochwę. Wyleczenie.

8) Olbrzymi torbielak jajnika zaotrzewnowy. Włókniako-mięśniaki macicy. Guz niezwykłych rozmiarów. Operacya bardzo trudna z powodu rozwoju wśród blaszek więzadła, a potem pozaotrzewnego. Po usunięciu guza jajnikowego wykonano odjęcie macicy nadpochwowe. Wyleczenie.

9) Torbielak jajnika. Pęknięcie rany pooperacyjnej. Przypadek niezwykły, gdyż przed operacyą rozwinęło się zapalenie otrzewnej, którego przyczyna nie dała się wykazać. Po operacyi stan był groźny aż do rozejścia się rany brzusznej, które nastąpiło 12 dnia po operacyi. Równocześnie z pęknięciem zlepionej już rany znaczna poprawa. Jelita wsunięto do jamy brzusznej i wykonano powtórne zaszycie. Wyleczenie.

10) Torbielak zarodkowy brodawczaty obu jajników. Puchlina brzuszna. Prelegent podnosi trudności rozpoznawcze i opisuje zabieg operacyjny. Wyleczenie. (Demonstracya preparatu).

11) Ciąża trąbkowa lewa II. m. Pęknięcie trąbki ciężarnej. Krew wylała się w tym wypadku do wolnej jamy brzusznej tak, że nie powstał krwistek zamaciczny. Niedokrewność bardzo duża. Laparotomia, usunięcie trąbki. Wyleczenie.

12) Ciąża trąbkowa lewa II. m. Pęknięcie trąbki ciężarnej. I w tym wypadku nie wytworzył się krwistek, tylko wylew krwi płynnej nastąpił do wolnej jamy brzusznej. Wobec rosnącej w oczach ostrej niedokrewności wykonano laparotomię i doszczętne usunięcie trąbki. Hipodermokliza. Wyleczenie.

13) Ciąża trąbkowa prawa. Pęknięcie trąbki ciężarnej. Tutaj pęknięcie nastąpiło w nocy na kilka godzin przed terminem operacyi. Laparotomia. Wyleczenie.

14) Ciąża trąbkowa. Poronienie trąbkowe. Krwistek. Postanowiono leczyć zachowawczo. Wśród zupełnego spokoju powstał nawrót krwawienia i znaczne pogorszenie stanu zdrowia. Krwistek wzrósł przez kilkanaście godzin w dwójnasób. Wobec tego laparotomia. Wyleczenie.

15) Ciąża trąbkowa lewa. Pęknięcie trąbki. Krwistek. Operowano doszczętnie z powodu nawrotów krwawienia. Wyleczenie. (Demonstracya preparatu).

W ożywionych rozprawach, jakie się po odczycie wywiązały, kol. prof. Jordan podnosił zalety operowania przez pochwę przy operacyi raka nad zabiegami, dokonanymi na częściach rodnych wewnętrznych przez laparotomię; nadto zwrócił uwagę na trudności rozpoznawcze w przypadkach ciąży zamacicznej: rozpoznanie jest trudne, gdyż i wywiady bałamucą nieraz rozpoznanie. Kol. Borzęcki omówił przyczyny powstawania słoniowacizny po wyjęciu gruczołów chłonnych w pachwinie. Prócz tego w rozprawach brali udział koledzy Cercha i Kryński. Wszystkim wyczerpująco odpowiedział prelegent.

IV. Z powodu opóźnionej pory odczyt kol. Bochenka odłożono do następnego posiedzenia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 13 listopada 1901.

Przewodniczący: kol. prof. Kostanecki

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Pieniążek przedstawił następujące przypadki ze swego oddziału:

a) chorego ze zwężeniem w jamie nosowo-gardłowej, powstałem na tle twardzieli, które usunięto częściowo galwanokauterem, przywracając choremu w ten sposób do pewnego stopnia oddechanie nosem;

b) chorego z rakiem gardła, przechodzącym na krtań. Z powodu zwężenia krtani trzeba było wykonać tracheotomię, następnie spostrzegano przejście per continuitatem sprawy nowotworowej na ścianę tchawicy. To spowodowało zwężenie światła tchawicy poniżej kaniuli tak, iż zaszła potrzeba wyskrobania nowotworu z następowem założeniem odpowiednio drugiej kaniuli;

c) chorego, u którego pierwotnie operowano papilloma na podniebieniu miękkiem, a obecnie obok blizny wyraźnej po dawnej operacyi (amputatio pętlą kaustyczną) przyszło do nawrotu cierpienia pod postacią nacieku, sięgającego w głąb, tak że sprawę tę należy uważać za mięsakową. Naciek spróbowano zniszczyć zapomocą przyżegania galwanokauterem.

III. Kol. prof. Trzebicky przedstawił:

a) cztery kamyki z miedniczki nerkowej, wydobyte podczas operacyi u mężczyzny, który żalił się na silny ból po stronie lewej w okolicy nerki. Co do nerki, to była ona sinawo-czerwoną i kruchą.

b) chorego, u którego lekarz przed przyjęciem do szpitala, rozpoznawszy mylnie puchlinę brzuszną, wykonał nakłócie, przyczem wydobył się przez trójgraniec kał. Na oddziale chirurgicznym wykonano laparatomię, okazało się, że mamy do czynienia z typowym obrazem *megacolon* z okręceniem. Na razie założono szew i odkręcono pętlę. Po wyjściu ze szpitala chory wrócił ponownie z objawami niedrożności otwarto jamę brzuszną, odkręcono pętlę i wykonano enteroanastomozę między jelitem cienkiem a esowatem. Chory, mało rozgarnięty, pomimo zakazu wstał z łóżka w kilka dni po operacyi, przyczem szwy w ścianie brzusznej puściły, a przez ranę wyszły pętle jelit. Po operacyi brzuch zmalał mu wybitnie.

c) chorego, u którego równocześnie jest wól, torbiel skórzakowy, wysięk opłucnowy i duży guz, wychodzący z żebra, twardy, złożony z drobnych guzków; uważać go należy za chrzęstniak.

d) preparat z chrzęstniaka. znajdującego się na 12 żebrze po stronie lewej. Przy operacyi trzeba było wyciąć i kawałek przepony, a odcięty brzeg przyszyć do powłok klatki piersiowej. Przebieg pomyślny. Demonstracya chorego wyleczonego.

e) preparat z chrzęstniaka, wychodzącego z przedniej powierzchni mostka, a przechodzący na opłucną, którą częściowo wycięto. Przebieg pomyślny.

f) chorego, u którego rozwinął się rak na przodowej powierzchni mostka, dochodzący do pokaźnych rozmiarów. Przypadek należy uważać za stracony; znajdują się bowiem przerzuty w śródpiersiu i nad obojczykiem. Pomimo tego wykona prelegent operacyę, gdyż chory na nią się zgodził.

g) chorego z wielką ilością włókniaków powierzchownych, z których część wyłuszczono.

h) przypadek nawrotu mięsaka na pięcie, operowanego poraz pierwszy w klinice lwowskiej. U chorego stwierdzić można dzisiaj przerzuty na brodzie i czaszce, w ilości jedenastu.

Z przypadku ad *g)* przedstawił kol. Gliński preparaty drobnowidowe. W dyskusyi kol. Borzęcki ad *a)* opowiada, że chory ten pierwotnie zgłosił się do niego i zapytuje, czy same wywiady mogą posłużyć w takich przypadkach do pewnego rozpoznania.

W odpowiedzi kol. Trzebicky wyjaśnia, że rozpoznanie takie nie może być uważane za naukowe; należy uwzględnić oprócz wywiadów cały obraz choroby ze strony przedmiotowej, a mianowicie dokładnie zbadać mocz i jego osad, czy nie znajdują się w nim przybłonki z miedniczek nerkowych. Najważniejszem jednak w rozpoznaniu jest bolesność nerki.

IV. Kol. doc. Bochenek miał wykład na temat »O drogach czuciowych rdzeniowych«. Drogi czuciowe rdzeniowe rozpoczynają się na obwodzie w narządach zmysłowych skóry, dążąc do rdzenia wspólnie z drogami ruchowemi. Tuż przed samym rdzeniem włókna czuciowe oddzielają się od włókien ruchowych. Czuciowe zdążają przez korzonki tylne do rdzenia. Pochodzą zaś wszystkie włókna czuciowe z komórek zwojów międzykręgowych. Wszedłszy do rdzenia dzieli się każde włókno czuciowe na część wstępującą i zstępującą. Część zstępująca kończy się po krótkim przebiegu wśród istoty szarej ostatecznemi rozgałęzieniami, otaczającemi komórki istoty szarej rdzenia. Część wstępująca, oddająca szereg gałązek zwanych gałązkami pobocznemi, zachowuje się nadzwyczaj rozmaicie u różnych włókien. Jedne z nich, jak to przekonywamy się, badając obrazy zwyrodnień tej drogi, sięgają aż po rdzeń przedłużony (po jądro sznuru Golla i Bardacha), stanowiąc tak zw. drogi czuciowe długie, inne kończą się wśród rdzenia po krótszym znacznie przebiegu, stanowiąc drogi czuciowe krótkie.

Włókna dróg czuciowych długich oddają podrażnienia komórkom jądra sznuru Golla i sznuru Bardacha. Wypustki nerwowe tych komórek zaś doprowadzają je skrzyżowawszy się aż po wzgórki czworacze i wzgórek nerwu wzrokowego *(Thalamus opticus)*. Chociaż wiemy, że musi istnieć połączenie tych ostatnich miejsc z korą mózgową, przecież połączenie to nie jest dotychczas znane. W ten sposób kształtuje się droga czuciowa najprostsza. Jak tego doświadczenia dowodzą, przenosi ona jedynie wrażenia czucia mięśniowego. Czucie dotyku, bólu, (elektryczne) ciepłotne musi się zwracać inną drogą wyżej wspomnianą, a mianowicie przez drogi krótkie. Doświadczenie podwiązania aorty niszczące zupełnie istotę szarą dolnej części rdzenia przekonywa nas, że przenoszenie tych wrażeń zależy od utrzymania istoty szarej rdzenia. Nie można przypuszczać, by istota szara sama na dłuższych przestrzeniach podrażnienia przenosiła, przenosić je mogą jedynie włókna istoty szarej, wychodzące i w górę ku mózgowi zdążające. Te grupują się w dwie wielkie drogi., zdążające ku półkulom móżdżkowym. Włókna to sznuru móżdżkowego i sznuru Goversa. Biegną obie wiązki w sznurze bocznym, włókna ich ulegają zaś w obrębie rdzenia jeszcze skrzyżowaniu. Z móżdżku przez pedunculi cenebelli ad corpora quadrigemina, przechodzą włókna te do jądra czerwonego a stąd do łożyska nerwu wzrokowego. Odtąd droga czuciowa ta dłuższa, zwana drogą czuciową drugorzędną, nie jest nam ku górze znaną.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

VI. 73-ci Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu

(od dnia 22—28 września 1901).

Podał

Dr. Jan Landau.

Sekcya dla chorób wewnętrznych.

(Ciąg dalszy).

1. Jolles (Wiedeń): **O nowych sposobach chemicznego badania krwi.** J. wyłożył rzecz o znaczeniu i o sposobie oznaczania fosforu we krwi. Główną składową część ciałek białych i czerwonych stanowią proteidy, zawierające fosfor lub nukleoalbuminy. Pomiędzy istotami niebiałkowatemi w pierwszym rzędzie jest bogata w fosfor lecytyna i fosforan alkaliczny, który odgrywa ważną rolę ze względu na wiązanie kwasu węglowego przez ciałka krwi. Oznaczenie wartości fosforu we krwi może też dlatego mieć ważne znaczenie rozpoznawcze w wielu stanach chorobowych. Zawartość fosforu w surowicy krwi prawidłowej w stosunku do zawartości jego w ciałkach krwi jest względnie zmniejszona, a stosunek ten podpada zmianie w przypadkach, w których ciałka krwi uległy zniszczeniu. Przez oznaczenie stosunku między kwasem fosforowym we krwi i w surowicy, w połączeniu z wynikami innych badań, możemy osiągnąć nowe wskazówki dla ocenienia krwi w przypadkach chorobowych. Podany przez J. sposób zezwala na dokładne oznaczenie fosforu w najmniejszej ilości krwi.

2. Fleiner (Heidelberg): **Wskazania i przeciwwskazania do leczenia wrzodu żołądka zapomocą bismutu.** Celem leczenia bismutem jest ochronienie dna wrzodu od zadrażnienia przez przesuwające się pokarmy. Wskazane jest podawanie bismutu w lekkich przypadkach naczczo w chwili podawania pokarmów stałych, oraz w czasie wystąpienia zaburzeń w okresie ozdrowienia. Naczczo dlatego, ażeby się bismut dostał na dno wrzodu. Najlepiej nasamprzód żołądek przepłókać jakąś wodą mineralną, a po upływie pół godziny podać 5—10 grm., bismutu w wodzie. Przytem chory powinien zmieniać swe położenie, ażeby się bismut stykał ze ścianami żołądka. W obecności wrzodów w odźwierniku z następowem zwężeniem leczenie bismutem ma tylko skutek przemijający. Odpowiedniejsza jest wtedy wczesna gastroenterostomia, gdyż upośledzone odżywienie pogarsza widoki wyleczenia. Gastroenterostomia wpływa korzystnie na gojenie się wrzodu. Przeciwwskazaniem dla leczenia bismutem są owrzodzenia z uchyłkowatem zagłębieniem ściany żołądka i zgrubiałymi brzegami, jakoteż samoistne przebicie wrzodu i zrośnięcie się jego z narządami sąsiednimi, jak wątroba, trzustka i t. d. W zagłębieniach tych gromadzi się bismut i nie działa skutecznie. F. nie widział nigdy zatrucia bismutem, niekiedy tylko zaparcie stolca.

Ewald i Lenhartz nie spostrzegali również zatrucia bismutem.

3. Hoppe-Seyler (Kilonia): **O cukrzycy na tle stwardnienia tętnic.** H. opisuje przypadki cukrzycy, w których badanie pośmiertne wykazało przerost tkanki łącznej i następową marskość trzustki, zgrubienie ścian i zarośnięcie światła tętnic. Trzustka jest mała, twarda. Obraz podobny, jak w nerce zanikowej na tle stwardnięcia tętnic i podobnie jak tam — mocznica, tak tu powstaje śpiączka cukrzycowa. Leczenie: dyeta i jod.

4. His (Lipsk) i Paul (Tübingen): **Złogi kwasu moczowego w ustroju i środki dla jego rozpuszczenia.** Na podstawie nowszych badań chemii fizykalnej dowiedziono, że kwas moczowy i jego sole ulegają rozpuszczeniu przez dysocyacyę elektrolityczną na jon wodoru i jon kwasu moczowego. Badanie to H. zastosował do leczenia; badania jego wykazały, że sole alkaliczne i dyaminy, jak: piperazyna, lisydyna i lycetol nie nadają się do rozpuszczania tych złogów. Można jednak skutek ten osiągnąć przez użycie substancyj, które z kwasem moczowym tworzą połączenia chemiczne łatwo rozpuszczalne. Mylnie opisywane połączenia z mocznikiem i glikokolem nie istnieją, lecz połączenia z kwasami nukleinowymi i z formaldehydem. Te ostatnie są łatwiej rozpuszczalne, aniżeli kwas moczowy i jego sole: przechodzą one przez ustrój nierozłożone i pojawiają się w moczu. Do rozpuszczenia złogów w dnie nie nadaje się kwas nukleinowy ani formaldehyd. Tu należy stosować zabiegi dyetetyczne i fizyczne, jakoteż podnieść dopływ krwi zapomocą zabiegów miejscowych. Ani alkalia, ani też dyaminy nie rozpuszczają złogów moczanowych, czynią to środki, które w moczu wchodzą w połączenia chemiczne z kwasem moczowym. Z tych urotropina rozpuszcza kwas moczowy niezależnie od kwasoty moczu; stopień rozpuszczania dla celów praktycznych nie jest dostateczny.

Silber zaleca stosowanie Fango dla rozpuszczenia złogów kwasu moczowego.

5. Eulenburg (Berlin): **Choroby mózgu po rażeniu elektrycznem.** Choroby te dotyczą osób, tkniętych prądem elektrycznym skutkiem przerwania drutów na ulicach, przez które krążą koleje elektryczne. Stopień tych schorzeń bywa najrozmaitszy, od lekkiego przemijającego wstrząsu aż do zejścia śmiertelnego. W rzadkich przypadkach powoli rozwija się obraz choroby jako następstwo przewlekłych zmian w centralnym układzie nerwowym. E. przytacza spotrzeżenie własne, dotyczące 48-letniego zdrowego mężczyzny, który po urazie skarżył się na ból głowy i miał chód chwiejny. Objawy te się powiększały, wystąpiły drgawki padaczkowe w prawej kończynie górnej i dolnej, wreszcie porażenie tych kończyn, ślepota po lewej stronie, osłabienie wzroku po stronie prawej. W najbliższych dniach wystąpiły drgawki w lewych kończynach i ich porażenie. Wreszcie ustała czynność wszystkich zmysłów. Przytoczywszy drugi przypadek o słabszem nasileniu, sądzi E., że działanie tego prądu jest przeważnie natury mechanicznej, mianowicie rozluźnienie związku włókien nerwowych bez widocznych zmian anatomicznych, ciężkie zadrażnienie układu nerwowego i wytworzenie nadmiernej ciepłoty w jamie czaszkowej.

6. Burwinkel (Nauheim) w celach leczniczych używał upustu krwi z żyły w przewlekłych chorobach serca i w zaburzeniach w krążeniu i uważa działanie to za fizyologicznie uzasadnne.

7. Katz (Hamburg): **Obecny stan nauki o raku.** Przyczyny, wywołujące raka, dzieli K. na wewnętrzne i zewnętrzne. Do pierwszych należą te, które polegają na samoistnych zmianach i nieprawidłowościach samego ustroju, do drugich zaś te, które prze działanie z zewnątrz powodują powstawanie raka, a mianowicie rozmaitego rodzaju urazy zewnętrzne, czyto jednorazowe, czy też długtrwające. Częściej w etyologii raka odgrywają rolę urazy przewlekłe, jak dowodzą często spostrzegane przypadki raka u pijaków, u chorych na kamienie żółciowe i u robotników w fabrykach smoły i parafiny. Wiele powodów przemawia za przyjęciem pasorzytniczej teoryi raka i tak: pojawianie się endemii raka, zakażenie u osób, które razem żyją, podobieństwo raka u człowieka ze schorzeniami rakowatemi, pasorzytniczemi u roślin i t. p. (c. d. n.).

VII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

(Ciąg dalszy).

Sekcya higieniczno-demograficzna.

1. Prof. G. Kabrhel (Praga). Wykład wstępny o początkach i rozwoju higieny w Czechach.

2. Dr. J. Záhoř (Praga). **Wykaz zachorowań i śmiertelności z gruźlicy i raka w państwie austryackiem, w krajach korony czeskiej, szczególnie w Pradze.** Na wstępie wspomina prelegent o walce z gruźlicą, do których Anglia pierwsza dała hasło; — o sanatoryach dla gruźliczych, z których Austrya wciąż ma tylko jedno (Alland) i o zmniejszaniu się śmiertelności z gruźlicy. Z drugiej strony przytacza autor zestawienia angielskich i niemieckich badaczy o wzrastającym odsetku chorych na raka. Następnie Z. ilustruje liczbowo stosunki zapadania i śmierci z gruźlicy w dwóch okresach czasu: 1884—1890, i 1891—1897, z których wynika, że bezwzględna liczba przypadków, leczonych na gruźlicę, zwiększyła się wprawdzie (i to tak w Austryi całej, jak i w krajach korony czeskiej i w Pradze), że jednak śmiertelność w okresie drugim obniżyła się o 0·7‰ (Austrya wogóle), 0·81‰ (kraje czeskie), 1·6‰ (Praga).

Co do raka, to śmiertelność w porównaniu z liczbą chorych na raka zmniejszyła się również (0·5—1%), lecz za to śmiertelność, w porównaniu z liczbą chorych wogóle, powiększyła się (o 0·05 do 0·08%).

Przyjmując, że chory na gruźlicę przynajmniej przez 90 dni potrzebuje lekarza i lekarstw, chory na raka zaś przynajmniej jeden rok, oblicza Z. straty finansowe, spowodowane przez obie choroby (czas, lekarz, lekarstwa = 4 korony dziennie). Na gruźlicę wydała Austrya w r. 1884—1890 odsetki od kapitału, wynoszącego przeszło 74 milionów koron (na 4%); w roku 1891—1897 — od kapitału przeszło 71 milionów; na raka zaś — od 53 milionów, względnie od 77 milionów koron.

W końcu, stojąc na stanowisku zaraźliwości raka, proponuje Z. przeciw gruźlicy i rakowi takie same przepisy zapobiegawcze, jakie zobowiązują względem innych chorób zakaźnych (zgłaszanie przypadków, dezinfekcya, specyalne sanatorya dla raka i gruźlicy).

(Uchwalono jednak po dyskusyi oddzielić gruźlicę od raka i zastosować przepisy przeciwzakaźne tylko do gruźlicy).

Dr. J. Dvořák (Opočno). **O reformach szpitali powszechnych w król. czeskiem.** Referent wylicza szereg na czasie będących reform w zarządzie i w urządzaniu szpitali publicznych, np. powiększenie liczby sił lekarskich, regulamin dla lekarzy-eksternistów, uregulowanie płac lekarzy, wskazówki co do budowy, rozkładu, opalania, zaopatrywania w wodę, kanalizacyi itd. mniejszych i większych szpitali powszechnych.

4. Dr. E. Vlasák (Kr. Vinohrady). **Domki robotnicze w król. czeskiem.** Pierwszą kolonię dla robotników wybudował w r. 1830 André Kôchlin, burmistrz w Mühlhuzie. Później zawiązywały się stowarzyszenia w tym celu i to głównie w Anglii. W Pradze powstało stowarzyszenie podobne w r. 1869 i wybudowało dwie kolonie; obecnie istnieje w Czechach, głównie na północy, znaczna liczba podobnych kolonij. Najlepszym przedsiębiorcą okazały się robotnicze stowarzyszenia budowlane. Robotnik staje się tu z czasem właścicielem swojego mieszkania lub domku i wskutek tego utrzymuje dom w stanie możliwie najlepszym. Prelegent przedstawia plany domków dla robotników zagranicą i omawia szczegółowo rozkład, wymiary i urządzenie wewnętrzne.

W Austryi istnieje ustawa z roku 1892, dotycząca mieszkań dla robotników, zawierająca przepisy budowlane i uwalniająca zabudowanie takie na 24 lat od podatku. Obecnie wypracowany został projekt reformy tej ustawy. W Czechach mieszkania robotnicze pozostawiają dużo do życzenia; widać jednak szczere starania o naprawę braków.

5. Dr. E. Vlasák (Kr. Vinohrady). **Stosunki zdrowotne robotników i robotnic rękawiczniczych w Pradze i okolicy.** Rzemiosło rękawiczników wykonuje się w Pradze już od X-go stulecia; w roku 1800 uszyto w Pradze 16.000 par, co dostarczyło zajęcia 110 siłom robotniczym; obecnie istnieje w Pradze około 150 fabryk rękawiczek, w których pracuje 2200 robotników, 6000 robotnic i 500 uczniów; w okolicy Pragi pracowało w roku 1897 8000 sił robotniczych i to przeważnie w mieszkaniach prywatnych. (W roku tym uszyto 1,200.000 tuzinów par, wartości 12,000.000 złr.). Przeciętnie zarabiają dorośli 7·90—12 złr. tygodniowo, terminator 5·10 złr.; na wsi po domach zaś tylko 2·70—3·30 złr. Czas pracy wynosi 11 godzin dziennie. Stosunki higieniczne są lepsze w fabrykach, aniżeli przy pracy w mieszkaniach prywatnych. Bardzo niehigienicznym zwyczajem jest zwilżania językiem brzegów skóry z powodu łatwego nabycia tą drogą choroby.

Rzemiosło rękawiczników nie odznacza się żadnemi chorobami specyalnemi. Częste są: wypryski i zapalenia odcisków, nieżyt dróg oddechowych, gruźlica, błednica i niedokrewność (zwłaszcza u kobiet po wsiach), rozedma płuc, żylaki na podudziach (robotnicy długo muszą stać): u dzieci zaś zołzy i krzywica. Prawie 60% dzieci szwaczek umiera w ciągu pierwszego roku na wrodzony brak sił żywotnych (*debilitas congenita*) lub gruźlicę.

Wskazanym byłby zakaz szycia rękawiczek po domach, lecz przeszkody materyalne stoją temu na przeszkodzie.

6. Rektor politechniki J. Hráský (Praga). **Organizacya badań w celach zakładania wodociągów.** Badania i prace przygotowawcze, poprzedzające założenie wodociągów dla miast, wymagają zawsze wielkich ofiar finansowych, choć nieraz kończą się wynikiem ujemnym, w którym to razie prawie zawsze doświadczenia w ten sposób uzyskane tracą się tak dla piśmiennictwa zawodowego, jak i dla sfer interesowanych.

W celu więc systematycznego przeprowadzenia badań wodociągowych, zarazem tańszego, niż dotąd i w celu wzmożenia się zaufania do tego rodzaju prac, proponuje prelegent założenie „krajowej kancelaryi technicznej dla badań wodociągowych“. W takim razie do miast należałyby tylko bezpośrednie wydatki na materyał, prace budowlane i na siłę motorową, zaś kierownictwo zawodowe i wypracowanie projektów działoby się kosztem kraju i państwa.

Podobne urządzenia istnieją już w Niemczech, w Austryi zaś w krajach Krasu (Kraina, Istrya).

Propozycyę tę przyjęto.

7. Inżynier J. Vancl (Praga). **O nowoczesnych kierunkach w zakresie budowania wodociągów.** Doświadczenie poucza, że do zaopatrywania miast w wodę często nie można używać wody w jej stanie naturalnym, lecz że potrzeba dołączać jeszcze osobne jej czyszczenie. W Europie używa się w tym celu prawie wyłącznie przesączanie przez piasek, w Ameryce rozpowszechnione jest strącanie substancyj, w wodzie zawieszonych, zapomocą środków

chemicznych (np. siarkanu glinowego) i następne filtrowanie, czyli tak zw. filtracya szybka, lub mechaniczna. Nowością pod tym względem są filtry Puecha — szereg filtrów o stopniowo zmniejszającej się grubości szutru.

Co do właściwego wyjaławiania wody na wielką skalę zapomocą środków chemicznych, do których znowu zwraca się higiena nowoczesna, najwięcej używanym jest ozon i dwutlenek chloru (ClO_2), połączenie rozpuszczalne. Ozon niszczy prawie wszystkie drobnoustroje, a sam nie wnosi do wody żadnego czynnika szkodliwego (Roux, Calmette, Ermengen), dotąd jednak brak doświadczenia i obliczenia ze strony finansowej. Dwutlenek chloru (ClO_2) jest również mocnym środkiem utleniającym; na 1 m^3 wody przeznacza Ogier 3 gramy ClO_3K i 15 grm. kwasu siarkowego (= 0·60 halerzy). Tego rodzaju wyjaławianie wody zastosowało miasto Lectonse we Francyi, Ostenda i inne. Zarzucają tej metodzie powiększanie się ilości połączeń chlorku w wodzie i ujemny wpływ na zdrowie. W obu tych przypadkach chemicznego czyszczenia wody pewną rolę odegra zawsze jeszcze przesączanie przez piasek.

8. Inżynier Heinemann (Praga) wyjaśnia wystawione plany kanalizacyi pragskiej.

9. Dr. Formánek (Slane). **Czyszczenie odpływów w cukrowniach.** Prelegent poleca jako najlepszy sposób czyszczenia wód w cukrowniach: dodawanie mleka wapiennego, osadzenie strątów w sadzawkach dużych i głębokich (aby woda miała dosyć spokoju) i odpowiednio częste wywożenie osadu (z chwilą, kiedy zaczyna się w nim odbywać rozkład).

W dyskusyi zwraca uwagę dyrektor Diviš-Čistecký (Přelouč) na połączenia pektynowe, których woda wapienna nie usuwa wcale i poleca sposób Proskovca, przy którym wypuszcza się wodę zanieczyszczoną na wielkie obszary gruntów dwa razy z rzędu.

(Dokończenie nastąpi).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Od Dra Krzyżanowskiego z Buczacza otrzymujemy następujące pismo z prośbą o umieszczenie:

Na tablicę pamiątkową i pomnik dla śp. prof. Borysiekiewicza w dalszym ciągu złożyli na moje ręce: Dr. Ryszard Bolesław, Geppner 25 k., kollegium prof. w Gracu 230 k., Drowie: Sölder 20 k., Wettendorfer 23 k., Huth 10 k., Pendl 40 k., Hejek 30 k., Jutrzenka 30 k., Vicic 8 k., Himmel 30 k., Scarpatetti 15 k., Mader 10 k., Wachtler 100 k., Heiss 5 k., Stampl 10 k., Zechmeister 10 k., Pischl (z St. Francisco) 49 k., Rainer 10 k., Neuwirth 10 k., Michaeler 50 k., Seidl, Neugebauer, Lepuschütz po 2 k., Wiesler 10 k., Spitzer 4 k., Lainsinger, Payer, Hansa, Wischnak, Luksch, Hammerl, Schmidt, Pirquet po 5 k., Steinbüchel, Merz-Wegandt, Knapitsch, Kosakiewicz, Doryk po 10 k., Jpavic, Jakopp, Sorger, Weiss po 3 k., Streisler, Hyden, Sölner, Müller po 2 k., Ciepanowski 8 k., Sernec, Wassmuth po 3 k., Holzer 1 k., dekanat lekarski w Grazu (po raz wtóry) 60 k., radca dworu prof. G. Neusser i Ziemiński po 40 k., Noiszewski z Dynaburga 25 k. 40 h., Hocne z Kijowa 12 k. 70 h., Gidlewski i nieczytelny po 10 k., Kos 6 k., Cetnarowicz 5 k. 8 h. Płachecki 6 k., Ostafiński 4 k. Drzymalik 2 k. Razem **1501 k. 18 h.**, z czego złożono na książeczkę powiatowej Kasy oszczędności Nr. 398 koron 1451 i 18 hal., zaś 50 koron użyto na pokrycie wydatków (portorya, telegramy i t. p.).

Zamykając z dniem dzisiejszym listę składek, przesyłam łaskawym ofiarodawcom »Bóg zapłać«.

Buczacz, 23 listopada 1901 r.

Dr. Edw. Krzyżanowski.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 28 listopada.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. doc. Bossowski przedstawił chorego, przez siebie operowanego; demonstracyę tę uzupełnił kol. dr. Gliński uwagami anatomicznemi. Następnie odbyły się zapowiedziane odczyty: kol. doc. Raczyńskiego: »O zakażeniu gruźliczem u dziecka« i prof. Wal. Kleckiego: »O zwalczaniu gruźlicy u bydła w świetle zapatrywań hodowców«.

* Walne zgromadzenie Towarzystwa samopomocy lekarzy, na które przybyło około 90 członków, odbyło się dnia 24 b. m. Zanim zarząd Towarzystwa ogłosi sprawozdanie z tego zgromadzenia, donosimy, że najważniejsza sprawa: projekt przymusowego ubezpieczenia lekarzy — został w całości uchwalony. Do wydziału zostali wybrani: prezesem — prof. Jordan, I-szym wiceprezesem — prof. Trzebicky, II-gim — Dr. Bogdanik; I-szym sekretarzem Dr. Langie, II-gim — Dr. Weinsberg; skarbnikiem Dr. Słapa. Do wydziału wybrani zostali: docent Braun, prof. Dr. Ciechanowski i Dr. Schöngut. Do komisyi kontrolującej Drowie: Damski, Idziński i Schaitter. Do sądu polubownego: prof. Łazarski, Drowie: Kohn, Lang, Mączka i K. Hirsch.

* Dr. Aug. Wróblewski otrzymał *veniam legendi* z zakresu chemii biologicznej na wydziale filozoficznym Uniw. Jagiellońskiego.

* »Księga jubileuszowa Dra medycyny Teodora Dunina«, wydana przez dawnych i obecnych «uczniów« jubilata ku uczczeniu jego 25-letniej działalności zawodowej, stanowi wspaniały tom o 529 stronach wielkiej 8-ki, ozdobionej portretem Dra Dunina, oraz 4 tablicami litograficznemi. Księga obejmuje 24 prac przeważnie zasłużonych już w piśmiennictwie autorów, mianowicie: Wł. Janowskiego (3 prace), K. Rzętkowskiego, A. Pańskiego, J. Goldbauma, A. Landaua, W. Lehra, W. Palmirskiego, S. Nowaczka, H. Landaua, S. Kopczyńskiego, S. Mintza, S. Trzebińskiego, S. Mutermilcha, W. Dąbrowskiego, T. Jasieńskiego, A. Puławskiego (2 prace), J. Pstrokońskiego, J. Markiewicza, J. Skłodowskiego, M. Halperna, J. Świętochowskiego. Idąc od skutków ku przyczynie, przytoczone nazwiska może najlepiej i najszczytniej świadczą o znakomitej działalności jubilata, skoro ludzie tej miary zaliczają się do jego »uczniów«. Gdy się jednak uwzględni, że to są »uczniowie« nauczyciela bez katedry, to każdy z nas oceni jasne światło tej pochodni, która przyświecała jubilatowi w drodze całego jego życia.

Zwyczaj naszych lekarzy wydawania »zbiorowych prac« ku uczczeniu mężów zasłużonych na polu medycyny należy do najwznioślejszych pomysłów, godnych obu stron; jakże obok takiej »Księgi« bledną albumy, pierścienie, pióra złote i t. d. Z dobrą myślą łączy się wzniosła intencya; cały dochód z rozsprzedaży »Księgi jubileuszowej" przeznaczyli wydawcy na sanatoryum gruźlicze, będące, jak wiadomo, szlachetnem pragnieniem jubilata. Jeśli więc już nie to, że prace, zawarte w »Księdze« nie będą ogłoszone nigdzie po polsku, to wzgląd na przeznaczenie całego dochodu na sanatoryum gruźlicze niewątpliwie zapewni »Księdze« pokup śród lekarzy, tak szczęśliwie zawsze łączących swój zawód z ofiarnością i miłosierdziem. Redaktorem »Księgi« był Dr. Władysław Janowski, i jak zwykle szczytnie wywiązał się ze swego zadania.

* Ze sfer uniwersyteckich donoszą nam, że niejaki p. Krz — cz z M. głosi, jakoby wynalazł panaceum na wszelkie choroby ludzkie i zwierzęce: rozbiór chemiczny wykazał, że cudownym tym lekiem jest rozczyn fenolu. Nie byłoby właściwie o czem pisać, gdyby nie fakt podany przez samego p. Krz — cza, że z polecenia Towarzystwa gospodarczego robi on próby leczenia bydła na gruźlicę w Z — nie. Godziłoby się, ażeby zarządy Towarzystw gospodarczych i właściciele obór i stajni zapoznali się ze składem tego »panaceum«, gdyż toby najskuteczniej zapobiegło czynieniu — wiednie lub bezwiednie — lekkomyślnych i niepotrzebnych prób.

* Komisya budżetowa austryackiej Izby posłów uchwaliła na wniosek posła Pernerstorfera ustanowienie posad higienistów i lekarzy, jako inspektorów zakładów rzemieślniczych dla całego państwa.

* Na posiedzeniu Najwyższej Rady zdrowia wniosł prof. Chrobak, ażeby lekarze szpitalni czynnie brali udział w pracy aptek szpitalnych, a to w celu nabrania prawdziwego pojęcia o przygotowywaniu i przechowywaniu leków.

* Wydział lekarski czeskiego uniwersytetu w Pradze powierzył zastępczo wykłady z zakresu farmakologii i farmakognozyi po śmierci prof. Jiruša zasłużonemu prof. Karolowi Chodounskyemu.

* W Anglii grasuje ospa. Od czasu zniesienia obowiązkowego szczepienia liczba przypadków ospy wzrasta z roku na rok; to jednak nie rozbraja przeciwników szczepienia, których zaciekłości nie opamiętywa nawet tak dotykalne i ciężkie doświadczenie.

Mianowania i odznaczenia. Docent H. Albrecht mianowany nadzwyczajnym prof. anatomii patologicznej w Wiedniu. Doc. Kretz otrzymał tytuł nadzwyczajnego prof. anatomii patologicznej w Wiedniu. Dr. Ohlmacher mianowany profesorem ogólnej patologii w Chicago.

Nekrologia. Dr. Bogusław Jiruš, prof. farmakologii i farmakognozyi w czeskim Uniwersytecie w Pradze, zmarł w 60 roku życia. Był twórcą zakładu farmakologicznego w Uniwersytecie i organizatorem takiegoż zakładu w król. Muzeum czeskiem: instytucyom tym poświęcał swój czas i mienie. Ogłosił drukiem kilka prac, z których wyróżnia się rozprawa »O nitroglicerynie«; w zbiorowem dziele »Szczegółowej terapii« opracował dział »O otruciach jadami roślinnymi«. Ostatnią pracą zmarłego jest dzieło: „Vyklad rakouské farmakopoee«. Podróżował wiele w celach naukowych i pozostawił liczne i doniosłe sprawozdania z tych wypraw.

W Stanisławowie zmarł magister chirurgii Szymon Klaar, licząc lat 60.

Bibliografia:

Dr. S. Jessner: **Kompendium der Hautkrankheiten einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. 1900.** Ogłaszając swój krótki podręcznik, który doczekał się w stosunkowo krótkim czasie drugiego wydania i został równocześnie przełożony na język włoski, zaznacza autor wyraźnie w swojej przedmowie, że zamierzał dać uczniowi poglądowo opracowany zarys chorób skórnych, lekarzowi praktycznemu zaś — treściwe dziełko, mające na celu ułatwienie mu oryentowania się w zakresie patologii dermatologicznej, jak również w chaosie wyrazownictwa i rozlicznych, nie ustalonych jeszcze zapatrywań w kierunku patogenezy wielu chorób skórnych. Zadaniu swemu odpowiada też dziełko Dra Jessnera, nie mające zresztą pretensyi do wyczerpującego objęcia całokształtu nowoczesnej dermatologii. Lekarz praktyczny znajdzie w niem przedewszystkiem treściwe i jasno zebrane wskazówki rozpoznawcze, przyczem na szczególną uwagę zasługuje pracowite zestawienie wszystkich cech kliniczno-morfologicznych w kierunku rozpoznania różniczkowego cierpień zbliżonych do siebie cechami klinicznemi. Wskazania terapeutyczne opracował autor nadzwyczaj dokładnie i niemal wyczerpująco, uwzględniając w tym kierunku nietylko zapatrywania szkoły wiedeńskiej, na której poglądach oparł autor podział pod względem nozologicznym. Możnaby się tu i owdzie nie zupełnie zgodzić z autorem na niektóre może nieco zbyt jednostronnie wypowiedziane poglądy w kierunku etyologii niektórych cierpień (np. niektórych postaci ograniczonych wyprysku i t. p.); nie czyni to jednak bynajmniej ujmy dziełku, podanemu w tej formie i mającemu służyć dla krótkiej i łatwej oryentacyi lekarzowi w praktyce. Właściwą patologię poprzedza krótki zarys anatomii i fizyologii skóry, a zamykają treściwe wskazówki z dziedziny higieny i kosmetyki skóry, paznogci i włosów.

Ponieważ autor w treść swego dziełka wciągnął również i osutki kiłowe oddał tem lekarzowi praktycznemu tem większą usługę, o ile i rozpoznanie różniczkowe także w kierunku tych osutek znajduje rozległe, a tak dla wszystkich lekarzy ważne uwzględnienie.

Przeczytanie dziełka Jessnera przyniesie też niewątpliwie korzyść każdemu lekarzowi praktycznemu. *W. R.*

— *Kronika lekarska* Nr. 21. Morozewicz: Zatrzymanie moczu u dziecka jako powikłanie influenzy. Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 47. Endelman: Przyczynek do kazuistyki i anatomii patologicznej t. zw. podkosmkowych krwawiaków. Biro: O padaczce (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 47. Nusbaum: Witalizm i Marceli Nencki. Jakowski: Prace Marcelego Nenckiego, dotyczące trawienia. Palmirski: Odkrycia śp. Marcelego Nenckiego, dotyczące księgosuszu i surowicy przeciw księgosuszowej.

— *Przegląd felczerski* Nr. 2. R.: Aseptyka i Antyseptyka: R.: Szczepienie ochronne krowianki (c. d.). Cetnarowicz: Zapalenie ropne oczu u noworodków i zapobieganie jego powstawaniu (dok.). Cohn: O wyjmowaniu zębów. Schmidt: Świerzba. Freilich: Pielęgnowanie chorych (c. d.). Nr. 3. R: Zapalenie sromu. R.: Aseptyka i Antyseptyka (c. d.). R.: Szczepienie ochronne krowianki (c. d.). R.: Z higieny żywienia. Schmidt: Świerzba (dok). Żegański: Kilka słów o higienie jamy ustnej. Cohn: O wyjmowaniu zębów. Frejlich: Pielęgnowanie chorych (c. d.). Nr. 4. M.: Zapobieganie drgawkom porodowym: R.: Aseptyka i Antyseptyka (c. d.). Cohn: O wyjmowaniu zębów (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 47. Chodounsky: Prof. Dr. Bohuslav Šlechtic Jiruš (wspomnienie pośmiertne). Babák: Pojem biologie (c. d). Čačkovič: Diagnostika celkového zmenšeni žaludku. Jaklin: Galvanokaustická diairesa dle Bottiniho a radikálni léčeni ischurie pži zbytněni předstojnice.

— *La Presse médicale* Nr. 93. Chantemesse: Leczenie surowicze durzycy. Romme: Gruźlica u poprzednio tracheotomowanych i intubowanych. Dieulafoy: Kilak płatu czołowego z napadami padaczki Jacksona. — Nr. 94: Lop: O zapaleniach stawów w zakresie miednicy pochodzenia połowego. Martinet: Zastosowanie persodyny w celu pobudzenia łaknienia u gruźliczych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 47. Hirschberg: O kurczliwości źrenicy w ciężkiem zapaleniu nerwów wzrokowych. Becher O wczesnem rozpoznaniu zniekształtniającego zapalenia stawu biodrowego. Biedert: Używanie mleka i śmiertelność z gruźlicy. Herzfeld: Ropień płata czołowego, pochodzącego z muszli nosowej, operacyjnie wyleczony. Kiss: O wartości nowej metody badania w celu oznaczenia niewydolności nerek. Oppenheimer: Wynik zbadania jednej szkoły berlińskiej w kierunku jaglicy.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 47. Curschmann: Medycyna i żegluga. Ribbert: Pasorzytnicza przyroda raka. Friedmann: Doświadczenia nad dziedziczeniem gruźlicy. Möllers: Przyczynek do sprawy o wartości antytoksyny tężcowej. Silberschmidt: O bakteryologicznem rozpoznaniu promienicy. Bókay: Przyczynek do miejscowego leczenia wrzodów krtani, wywołanych przez intubacyę. Lesser: O jednoczesnem stosowaniu leczniczem rtęci i przetworów jodowych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 47. Neumann: O powstaniu rumienia guzkowego i pęcherzykowego po wewnętrznem użyciu roczczynu Fowlera. Stenitzer: Wykazanie chełbotania w wypocinie opłucnowej i o jego znaczeniu rozpoznawczem. Süsswein: Grypa w przebiegu odry. Donath: Wyleczenie zbioru objawów Menierowskich zapomocą prądu galwanicznego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 47 Hirsch: Obecny stan nauki o t. zw. sercu stłuszczonem. Spiro: O wpływie lewatyw wyskokowych na wydzielanie soku żołądkowego u ludzi. Thorn: Praktyczne znaczenie zaniku macicy w czasie karmienia. Aichel Oznaczenie pologu podług liczby tętna. Fischer: O leczeniu wąglika wstrzykiwaniami śródżylnemi rozpuszczonego srebra. Gruber: Przyczynek o teoryi o antytoksynach (dok.). Edel: Białkomocz okresowy i nowy pogląd na zwalczanie białkomoczu (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 20 listopada, o godz. 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie nadzwyczajne, na którem 1) kol. prof. Rosner mówić będzie „O ciąży bliźniaczej monochorialnej“; 2) kol. dr. Kędzior zagai dyskusyę nad odczytem doc. Siedleckiego „O malaryi“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.